



Interligação para voz e fax

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/2013	4-Data de Autorização 05/10/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8427991	7-Data Validade da Senha 12/10/2016	509826 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025197537000311501	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA ADM 01	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome JENYFFER BENTO PEREIRA						
14-Telefone (11) 11111111						
15-Nome do titular do plano JENYFFER BENTO PEREIRA						

16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0018100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		1	78,00	0,00			10/05/2014	<i>xjenyffer</i>
2-1											
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Utilizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 10/05/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/05/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/05/2014	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/05/2014
---	---	---	---

MMR RMO X - Radiologia Odontológica Ltda.

CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra. Mariana F. Medeiros

Responsável Técnica - CRO 8307