

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

487649
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/03/12/11	5-Sintra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8342103	7-Data Validade da Sintra 13/01/05/12/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202520202016000162022	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 7	11-Data Validade da Carteira	15-Nome do titular do plano PRISCILA DANIELLE DE SANTIAGO ERTHAL	
13-Nome CLEO ROBERTO ERTHAL	13/12/1981	14-Telefone			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 004188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307
18-Número no CRO 8307	19-UF SC
20-Código CBO S 09	24-UF SC
25-Código CNES	28-UF SC
29-Código CBO S	
025 - Faturar Empresa	Enviar - RX (0) 81000405

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabella	31-Código do Procedimento										
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	178,00	0,00			14/11/03/12/11	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

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

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 procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	14/11/03/12/11	14/11/03/12/11	14/11/03/12/11	14/11/03/12/11

WM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307