

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



418049
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1/2/11/1/1/2/0	4-Data de Autorização 1/7/11/1/1/2/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8049181	7-Data Validade da Senha 1/0/10/2/1/2/1
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020202530690009903	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WESLEY ROCHA ALEXANDRINO		21/09/2011	14-Teléfono () / / / / /	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIZ DIAS ALEXANDRINO	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
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	Enviar - RX (I) 8100375-RMD (I) 8100375-RME
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S		

30-Tabella	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						
1-00081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD	1	1	4	00	00	00	S	11/11/2011	Andree						
2-00081000375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME	1	1	4	00	00	00	S	11/11/2011	Andree						
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			128,00			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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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

CNPJ 07.882.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Cirurgiã Dentista - RGO 2007