



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 0 2 / 2 1	4-Data de Autorização 1 1 / 0 2 / 2 1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8264934	7-Data Validade da Senha 0 4 / 0 5 / 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira	9-Plano
10-Empresa	11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

[illegible]

13-Name JOAO VICTOR MEDEIROS MENDES	14-Telefone ()	15-Nome do titular do plano LUCIANA MENDES MEDEIROS
05/06/2000		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRM	19-UF	20-Código CBO S
		ODONTOIMAGEM	8307	SC	025 -
					09
					Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	041181824489471111
22-Nome do Contratado Executante	MARIANA FERREIRA MEDEIROS
23-Número no CRO	8307
24-UF	SC
25-Código CNES	

Enviar - RX

Atualizar Empresa

[illegible]

MARIANA FERREIRA MEDEIROS	8307	SC	(I) 81000375-RPD
---------------------------	------	----	------------------

Plano de Tratamento | Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	35-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Assi
-----------	---------------------------	--------------	--------------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

7	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

8.

9.

10 | _____

[illegible][illegible][illegible][illegible]

	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação
43-Data Previsão Término do Tratamento					

☐ 1-Tratamiento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 0 ☐ 0 ☐ 0
--	--	--

O contrato: Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e/ou mini assinado(s), foi(ram) realizado(s) em conformidade com os custos conforme tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contratado que assina esse documento.

49-Observação

[Handwritten scribbles]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/11/2013
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/11/2013
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/11/2013
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/11/2013

[illegible]

Responsible Leadership