

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

483662
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/03/2011	4-Data de Autorização 10/03/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8324148	7-Data Validade da Senha 12/04/2011
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 1010202525307100020803	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome STEFANY CARVALHO DE MOURA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO LOPES DE MOURA	16-Atendimento a RN N		
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09
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					

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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
1-0103145		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00	0,00	0,00		10/03/2011	X LEANIA
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 381,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, 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/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 10/03/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2011 X LEANIA CARVALHO	53-Data, local e Cartão de Empresa 10/03/2011	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 10/03/2011
---------------	---	---	---	--	--

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307