

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

497123
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2013	4-Data de Autorização 11/10/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8379306	7-Data Validade da Senha 09/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202525306900011903	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/10/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
13-Nome ALEX SILVEIRA GIROLETTI	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano CRISTIANE DA BOIT BAUER	16-Data Validade da Carteira 11/10/11	17-Número do Contrato Nacional de Saúde	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
18-Atendimento a RN N	19-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	20-Código CBO S 09	21-UF SC	22-Número no CRO 8307	23-Data Validade da Carteira 02/12/1978
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041881248947	25-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd

30-Tabula	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 da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-0018100405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	178,00	0,00	0,00	S	18/10/2013	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 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(s) 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 18/10/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/10/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/10/2013	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/10/2013
---------------	---	---	---	---

MM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ-07.862.815/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307