

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012		4-Data de Autorização 11/01/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8286690		7-Data Validade da Senha 11/05/12		473917 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 0020202525306900002502		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					
13-Nome BEATRIZ ZUCHINALI ABEL		15-Data 05/08/2009		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano MARCIO VIEIRA ABEL							
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		21-Data 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188214894711		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-UF SC		25-Código CNES		26-Data Envio - RX		(i) 81000405 (i) 81000375-RPE	
28-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S		30-Data (i) 81000375-RMD (i) 81000375-RME (i) 81000375-RPD					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela	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		
1-0	0181000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00		16/02/12			
2-0	0181000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00	0,00		16/02/12			
3-0	0181000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00	0,00		16/02/12			
4-0	0181000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00	0,00		16/02/12			
5-0	0181000405	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00	0,00		16/02/12			
6-0													
7-0													
8-0													
9-0													
10-0													
11-0													
12-0													
13-0													
14-0													
15-0													

43-Data Previsão Término do Tratamento
11/11/11

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
134,00

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) 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
11/02/12

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente
11/02/12

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/02/12

53-Data, local e Carimbo da Empresa
11/02/12

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/02/12