



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/07 4-Data de Autorização 11/2/07 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 10118864 7-Data Validade da Serha 11/01/10 1056606 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025253071100106602 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 EDUARDA ALVES PEREIRA 14-Teléfono 10/10/2001 15-Nome do titular do plano MATHEUS CABRAL LUIZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN ODONTOIMAGEM 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM 18-Número no CRO 8307 19-UF SC 20-Código CBO S 09 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07862615000176 22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA 23-Número no CRO 8307 24-UF SC 25-Código CNES 6725236 26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS 27-Número no CRO 8307 28-UF SC 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405 30-Franquia/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

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	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78	00	0,00			11/02/07		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 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 78 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) a e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a utilizar 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 11/2/07 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/2/07 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/2/07 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/2/07