



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414

3-Data de Emissão da Guia 12/01/05/12/13

4-Data de Autorização 12/12/05/12/13

5-Senha AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal 11241154

7-Data Validade da Senha 11/08/08/12/13

1458182 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025317111800043802

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa CERAMICA URUSSANGA S A

11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIAN MARIANO RODRIGUES

14-Teléfono 01/09/2001

15-Nome do titular do plano CRISTIANE PEREIRA MARIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N ODONTOIMAGEM

17-Nome do Profissional Solicitante

18-Número no CRO 8307

19-UF SC

20-Código CBO S 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 7862615000176

22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLÓGICA LTDA

23-Número no CRO 8307

24-UF SC

25-Código CNES 6725236

26-Número no CRO 8307

27-UF SC

28-Código CBO S

29-Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405

26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS

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	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			12/05/05/12/13		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178,00	10,00								

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 no 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

MM RAO X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/05/05/12/13

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/05/12/13

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/05/12/13

53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/05/12/13

Dia Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CFO 8307