



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/2014	4-Data de Autorização 12/02/2014	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8484314	7-Data Validade da Senha 11/03/2017	523703 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 00020205205386000007901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BORGES SILVA SERVICOS DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
13-Nome KELEN PEREIRA MONTEIRO	14-Teléfono ()	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Número do titular do plano KELEN PEREIRA MONTEIRO			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-JF SC	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307
24-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	25-Código CBO S 8307	26-JF SC	27-Código CBO S 8307			

30-Tabela 1-0081000405	31-Código do Procedimento RADIOGRAFIA PANORÂMICA	32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA	33-Dentista/Região 1	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 7800	37-Valor 0,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00	39-Aut S	40-Data de Realização 12/02/2014	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura P. Mariana
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 7800	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) "scrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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 12/02/2014	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/02/2014	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/02/2014	53-Data, local e Cartão da Empresa 12/02/2014	54-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/02/2014	55-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 12/02/2014
---------------	---	---	---	--	--	--

Dr. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307