

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

540355
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/03/05		4-Data de Autorização 11/02/05		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8545987		7-Data Validade da Senha 01/08/12	
8-Número da Carteira 020202525307100040001											
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 GUSTAVO MARQUES NUNES											
14-Telefone () 11 11 11 11 11 11											
15-Nome do titular do plano GUSTAVO MARQUES NUNES											
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-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0418181248947											
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS											
23-Número no CRO 8307											
24-UF SC											
25-Código CNES											
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS											
27-Número no CRO 8307											
28-UF SC											
29-Código CBO S											
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			12/05/12	Capitão
2-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00			12/05/12	Capitão
3-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00			12/05/12	Capitão
4-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00			12/05/12	Capitão
5-00181000375		RX INTERPROXIMAL - BITE-			1	14,00	0,00			12/05/12	Capitão
6-00181000375											
7-00181000375											
8-00181000375											
9-00181000375											
10-00181000375											
11-00181000375											
12-00181000375											
13-00181000375											
14-00181000375											
15-00181000375											
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\$											

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 11/02/05	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/02/05
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/02/05	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/02/05	

ANEXO X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.962.615/0001-76
Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307