

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2013	4-Data de Autorização 09/10/2013	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8347934	7-Data Validade da Sentença 31/10/2013	489050 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

8-Número da Carteira 020202152530710009081403		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 VINICIUS DO COUTO CARVALHO		14-Teléfono 08/12/2007		15-Nome do titular do plano VIVIANE MIRIAN MEILI DO COUTO CARVALHO					

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM		18-Número no CRO 8307		19-JF SC		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041188248947		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307		24-JF SC		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				27-Número no CRO 8307		28-JF SC		29-Código CBO S			

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
1-001345		DOC ORTODONTICA "A"			1	381,00				10/09/2013	
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-Valor Total R\$ 381,00	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: "a que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim, realizado(s), foram realizados com meu consentimento e forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou 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 10/09/2013	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2013	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2013	53-Data, local e Carimbo de Empresa 10/09/2013
---	---	---	---

MM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.618/0001-76
Dir. Mariano F. Medeiros
Responsável Técnica - ERO 8807