



tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



520533
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/04/12	4-Data de Autorização 13/04/12	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8471874	7-Data Validade da Senha 11/07/12
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 002020252699270000503	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa WITCORD CONSULTORIA EIRELI		11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EMANUELA PIAZZA DA COSTA					
14-Telefone (11) 11111111					
15-Nome do titular do plano DENIZ HELITON DA COSTA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01418812489147	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (0) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S		

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	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00		0,00		13/04/12	
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	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	---------------------------------	----------------------------	---

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) na 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

[Assinatura]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 13/04/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 13/04/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 13/04/12	53-Data, local e Carimbo da Empresa 13/04/12
---	---	---	---

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

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307