

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^{AN}



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 10/05/11 4-Data de Autenticação 5-Senha 6-Número da Guia Principal 14695281 7-Data Validade da Guia 10/03/12

2569123
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025111617680010008011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INTELBRAS SA INDUSTRIA DE 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional do Saúde 704106126952770

13-Nome SILVANA YENY SANTANA DUARTE 14-Telefone 15-Nome do titular do plano SILVANA YENY SANTANA DUARTE

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante KARITHEA ANDREOLI CORREA 18-Número no CRO 19547 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 6113581094000160 22-Nome do Contratado Executante AC GROUP ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA E 23-Número no CRO 19547 24-UF SC 25-Código CNES 0737070

26-Nome do Profissional Executante KARITHEA ANDREOLI CORREA 27-Número no CRO 19547 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 Recusa	42-Assinatura
1-0	085200140	TRATAMENTO ENDODONTICO	24	1	1	1313100	0,00	09/11/2012				
2-0	081000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	1	14100	0,00					
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Dia Previsto 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-Total Quantidade US 0,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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 e contrazo, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Auto 85200140: Necessário anexar radiografia no site para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012 Karithea Andreoli Correa 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/2012 AC Group Odontologia Especializada e Treinamento 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/2012 53-Data, local e Assinatura da Empresa 09/11/2012 AC Group Odontologia Especializada e Treinamento CNPJ: 61.358.094/0001-1