



transfêrencia para você falar

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



2600360
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414
 2-Data de Emissão da Guia 14/10/11 12 16
 3-Data de Autorização 14/10/11 12 16
 4-Data de Validade da Guia Principal 14/10/11 12 16
 5-Senha AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 14790339
 7-Data Validade da Senha 15/10/11 12 16
 8-Número da Carteira 0202021500115611310013445011
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa MILI SA
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 706205734821170
 13-Nome LUIS FELIPE ALVES FERREIRA
 14-1º telefone
 15-Nome do titular do plano LUIS FELIPE ALVES FERREIRA

16-Atendimento a RN ALEXANDRA GARCEZ DIAS
 17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRA GARCEZ DIAS
 18-Número no CRO 152119
 19-UF SP
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13471122310010140
 22-Nome do Contratado Executante BHM CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA
 23-Número no CRO 132085
 24-UF SP
 25-Código CNES 99999999
 26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRA GARCEZ DIAS
 27-Número no CRO 152119
 28-UF SP
 29-Código CBO S

30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cidr	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class 42-Autoria
1-	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00		11/12/11	11
2-	01085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00	0,00		11/12/11	11
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data 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- Parcela
 46-Valor Total R\$ 112,00
 47-Valor Total US 0,00
 48-Total Franquia / Co-participação R\$
 49-Observação

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), foforam 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.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante
 14/10/11 12 16
 51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 14/10/11 12 16
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 14/10/11 12 16
 53-Data, local e Carimbo da Empresa
 14/10/11 12 16

46-Observação
 POLIMED ODONTO LTDA
 CNPJ: 08.366.261/0001-64



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/01/2016	6-Número da Guia Principal 14790339	7-Data Validade da Guia 15/01/2016	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706205734821170
4-Data de Autorização 14/01/2016		5-Senha AUTORIZADO		11-Data Validade da Carteira / / / / / /
8-Número da Carteira 0002025001561300344501		10-Empresa MILI SA		15-Nome do titular do plano LUIZ FELIPE ALVES FERREIRA
13-Nome LUIZ FELIPE ALVES FERREIRA		14-Telefone () / / / / / /		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
16-Afastamento e RN ALEXANDRA GARCEZ DIAS		18-Número no CRO 152119	19-UJ SP	25-Código CNES 9999999
21-Código na Operadora / ONP / CPF 1347122311001401		22-Nome do Contratado Executante BHM CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA		26-Código CBO S 152119
23-Nome do Profissional Executante ALEXANDRA GARCEZ DIAS		27-Número no CRO 152119		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
30-Tabela 1-010851010196	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA	33-Dente/Região 34-Fase 35-Old 36-Quantidade US	37-Valor 61,00	38-Franquia/Co-participação R\$ 0,00
2-010851010196	RESTAURAÇÃO RESINA	35 V 1	61,00	0,00
3- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
4- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
5- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
6- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
7- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
8- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
9- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
10- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
11- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
12- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
13- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
14- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
15- / / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /	/ / / / / /
43-Data Previsto Término do Tratamento / / / / / /		44-Tipo de Afastamento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial
46-Valor Total R\$ 0,00		47-Valor Total US 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 apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/01/2016
ALEXANDRA GARCEZ DIAS

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/01/2016
ALEXANDRA GARCEZ DIAS

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/01/2016
LUIZ FELIPE ALVES FERREIRA

POLIMED ODONTO LTDA
CNPJ: 38.386.261/0001-64