



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão do Guia 11/3/2022	4-Dia de Autorização 11/3/2022	5-Setor AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14917206	7-Dia Válida da Guia 11/4/2022	8-Valor 2637695
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	-----------------------------------	--------------------

9-Número da Carteira 09720306761500111	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Dia Válida da Carteira 11/11/2022	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
---	---------------------------------	---	---

13-Nome NATALIA SANGY COUTO	14-Telefone (16) 121 986	15-Nome do titular do plano NATALIA SANGY COUTO
--------------------------------	-----------------------------	--

16-Autorização a R/N N	17-Nome do Profissional Solicitante LEONARDO CHEDID DA SILVA	18-Número no CRO 25325	19-UF RJ	20-Código CRO S 025 -
---------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNEP / CFP 26033386000121	22-Nome da Contratada Enroladora GH IMAGENS ODONTOLÓGICAS LTDA	23-Número no CRO 25325	24-UF RJ	25-Código CNES 9114017	26-Valor Faturar Empresa Enviar - RX (R) 8100405
---	---	---------------------------	-------------	---------------------------	---

27-Nome do Profissional Enrolador LEONARDO CHEDID DA SILVA	28-Número no CRO 25325	29-Código CRO S RJ
---	---------------------------	-----------------------

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Orçamento	34-UF	35-Classe	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Data de Realização	40-Número da Guia	41-Autorização
1	008100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	781010	01010		13/02/22	4	2637695
2	008100421	RX PERIAPICAL			1	141010	01010		13/02/22	4	2637695
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

42-Dia Previsto Término do Tratamento	43-Tipo de Atendimento	44-Tipo de Tratamento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Oportunidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchisa / Co-participação R\$
---------------------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	--------------------------	--------------------	--

Declaramos, 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Ocorrência	50-Dia, local e Assinatura do Contratado	51-Dia, local e Assinatura do Profissional Responsável	52-Dia, local e Assinatura do Profissional Responsável	53-Dia, local e Assinatura de Encargado	54-Dia, local e Assinatura de Encargado
---------------	--	--	--	---	---

Assinatura do Profissional Responsável: *Leonardo Chedid da Silva*
Assinatura do Profissional Responsável: *Natalia Sangy Couto*
Assinatura do Profissional Responsável: *Sk Imagens Odontológicas*
Assinatura do Profissional Responsável: *Gh Imagens Odontológicas*

Assinatura do Profissional Responsável: *Sk Imagens Odontológicas*
Assinatura do Profissional Responsável: *Gh Imagens Odontológicas*
Assinatura do Profissional Responsável: *26.033.386/0001-21*