



Franchisada para você sofrer

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



437055
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/2012	4-Data de Autorização 17/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8128706	7-Data Validade da Senha 08/10/2013
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020252530710000911011	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 EVELYN ROSSI FRETA					
14-Telefone () -					
15-Nome do titular do plano EVELYN ROSSI FRETA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	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 Closs 42-Assinatura
1-0	081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00				17/11/2012	<i>Evelyn Rossi</i>
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-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$	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 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, 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 17/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/11/2012
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/11/2012	
53-Data, local e Carimbo da Empresa CNPJ 07.852.615/0001-78	