



2-Nº

464737
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha

6-Número da Guia Principal
8246176

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
11/06/2011

3-Data de Emissão da Guia
2 8 0 0 1 0 2 1

1-Registro ANS

13-Nome THAIS TEIXEIRA DE FREITAS		20/06/1994	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 1 5 2 0 2 0 6 7 0 0 0 0 4 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA	
10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA POSTO		11-Data Validade da Carteira _ _ _ _ / _ _ / _ _	
14-Telefone (_ _) _ _ _ _ - _ _ _ _		15-Nome do titular do plano VITOR MARTINS PEREIRA	
12-Número do Cartão Nacional da Saúde			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										025 - Faturar Empresa				
16-Adiantamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM										18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101411818214819471111										22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS										27-Número no CRO 8307		28-UF SC	29-Código CBO S	

[illegible]

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
15			3 1 3 1 0 0	0 0 0 0	

☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodôntia ☐ 4-Urgência/Emergência

☐ 1 - Total ☐ z - Parcial

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), 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 estabelecidos no presente, mediante apresentação da nota fiscal emitida pelo profissional contratado. Declaro, portanto, estar devidamente informado e autorizado a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

[illegible]

Regenerational Festival - CHQ 0307