

2-N^o

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 11/06/2012		4-Data de Autorização 12/06/2012		5-Serão AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7645849		7-Data Validade da Semá 17/09/2012		INTERCAMBIO 327031									
8-Número da Carteira 00202524949600000801												9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Data Validade da Semá 11/06/2012		12-Número do Cartão Nacional da Saúde					
13-Nome ADRIANA MARIA BATISTA												14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano ADRIANA MARIA BATISTA							
16-Atendimento a RN N												17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC		18-Número no CRO 12838		19-UF MG		20-Código CBO S 09			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17412125251691												22-Nome do Contratado Executante ALMIRIO JOSE BORELI		23-Número no CRO 12838		24-UF MG		25-Código CNES 5300217			
26-Nome do Profissional Executante ALMIRIO JOSE BORELI												27-Número no CRO 12838		28-UF MG		29-Código CBO S					
30-Tabela 31-Código do Procedimento 00810002194												32-Descrição LEVANTAMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 22200		35-Quantidade US 000		36-Franchia/Co-participação R\$ 511	
37-Valor 000												38-Franchia/Co-participação R\$ 24062020		39-Aut 24062020		40-Data de Realização 24/06/2012		41-Motivo da Class 42-Assinatura			
39-Aut 24062020												40-Data de Realização 24/06/2012		41-Motivo da Class 42-Assinatura							
43-Data Prevista Término do Tratamento 12/10/2012												44-Tipo de Atendimento 4-Exame Radiológico		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantitativa US 22200		47-Valor Total R\$ 000		48-Total Franchia / Co-participação R\$	
49-Observação Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(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.																					
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/2012												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/2012		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/06/2012		53-Data, local e Assinatura do Responsável 11/06/2012		54-Data, local e Assinatura do Responsável 11/06/2012			