

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

529857
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/11/04/12/11		4-Data de Autorização 12/11/04/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8509110		7-Data Validade da Senha 12/11/07/12/11	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 000202520202016000167011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 7			
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde				13-Nome JEAN FRANCISCO KOT POMOCENO			
14-Telefone () - - - - -				15-Nome do titular do plano JEAN FRANCISCO KOT POMOCENO				16-Endereço 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 0418824894711				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			
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 Glosa 42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			12/11/04/12/11	<i>[Assinatura]</i>
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto 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\$						

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/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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	
<i>[Assinatura]</i> 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/04/12/11 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/04/12/11 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/04/12/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/04/12/11	

AMRAIO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra Mariana T. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307