

2-N^o

08

1-Registro ANS 406414		3-Dados de Emissão da Guia 09/11/2011 09:20		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50198273		7-Data Validade da Senha 07/11/2011 12:11		393858 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0037994062588092		9-Piloto POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CHARLES PEREIRA DA SILVA		11-Data Validade da Carteira // //		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700303959113732			
13-Nome DAVI FIGUEIREDO SILVA										14-Teléfono () - - - - -	
16-Mendicamento a RN N JULIANA COSTA DA SILVA										18-Número no CRO 41376	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1141533385788										23-Número no CRO 41376	
26-Nome do Profissional Executante JULIANA COSTA DA SILVA										27-Número no CRO 41376	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										Faturar Empresa	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-10085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		36 O 1		16 P 1		16 1 0 0		0 0 0	
2-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA		16		1		6 1 0 0		0 0 0	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsto Término do Tratamento // //		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1 2 2 0 0		47-Valor Total R\$ 0 0 0 0		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0	
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											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/2011 Juazeiro C. de Siqueira											
51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Kelly J. Costa Silva											
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/2011 Kelly J. Costa Silva											
53-Data, local e Contorno da Empresa Dra. Juliana Costa Cirurgiã Dentista CRBO: 41376											