



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

transmitidos para você seguir

426389
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/11 11/12 01	4-Data de Autorização 12/16/11 11/12 01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084146	7-Data Validade da Senha 12/12/10 12/12 11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025216946000113201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ENDREL FAGUNDES					
14-Teléfono () - - - - -					
15-Nome do titular do plano ENDREL FAGUNDES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Mendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01411812148947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES	26-UF SC
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-Cid
1-0	018100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1	7	8100
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Alandimento					
45-Tipo de Tratamento					
46-Tipo de Faturamento					
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	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/16/11 11/12 01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/16/11 11/12 01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/16/11 11/12 01	53-Data, local e Carimbo de Empresa 12/16/11 11/12 01
---------------	--	--	--	--

Assinatura do Profissional Assistente
Assinatura do Profissional Contratado