



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



417299
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/11	4-Data de Autorização 25/11/11	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8045896	7-Data Validade da Guia 11/01/12
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025202133000037703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 2	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome GUSTAVO DA ROSA FELIPE	30/05/2011	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SILVIA RENATA DA ROSA FELIPE
-----------------------------------	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CIES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

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/Figado	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	0348	DOC ORTODONTICA "E"		1		267,00	0,00			15/11/10		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 267,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 15/11/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 15/11/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/11/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 15/11/10
---	---	---	---

Carimbo e Assinatura da Empresa
CNPJ 07.062.515/0001-78
Data Mariana F. Medeiros
15/11/10