

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



413591
INTERCÂMBIO

1- Agência ANS 406414	3- Data de Emissão da Guia 10/06/11 11/210	4- Data de Autorização 10/03/11 12/1210	5- Sessão AUTORIZADO	6- Número da Guia Principal 8030371	7- Data Validade da Sessão 10/04/10 12/1211
8- Número da Carteira 0101210215105106101718161011	9- Plano POS REDE PRESTADORA	10- Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11- Data Validade da Carteira	12- Número do Cartão Nacional de Saúde	
13- Nome LILIANE DE SOUSA OLIVEIRA	14- Telefone	15- Nome do Titular do plano LILIANE DE SOUSA OLIVEIRA			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16- Atendimento a RV	17- Nome do Profissional Solicitante ORTHO X - RADIOLOGIA E DOCUMENTACAO ODONTOLÓGICA LTDA	18- Número no CNO 51370	19- UF SP	20- Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 14104418518108	22- Nome do Contratado Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR	23- Número no CNO 51370	24- UF SP	25- Código CIES	
26- Nome do Profissional Executante FRANCISCO ANGELO BIAGIONI JUNIOR					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30- T. Assina 31- Código do Procedimento 1010611710	32- Descrição DOCUMENTAÇÃO	33- Dente/Região 34- E. Esc 35- C/D 36- Quantidade US 37- Valor 38- Fr. Franquia/Co-participação R\$ 39- Aut. 40- Data de Realização 41- Motivo da Guia 42- Franquia			
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
43- 39- Período Termino do Tratamento 44- 1- Tipo de Atendimento 45- 1- Tipo de Faturamento 46- Total Quantidade US 47- Valor Total R\$ 48- Total Franquia / Co-participação R\$	44- 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiográfico 3- Ortodontia 4- Urgência Emergência	45- 1- Total 2- Parcela	46- 31131010	47- 101010	48- 111111

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(ão) 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.

Odontolife e Documentação S.C. Ltda.

50- Data local e Assinatura do Grupo-Operadora 51- Data local e Assinatura do Grupo-Operadora 52- Data local e Assinatura do Beneficiário e Responsável 53- Data local e Cartão da Empresa