



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-N^o358125
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	6-Data Validade da Senha
406414	17/08/2011	17/08/2011	AUTORIZADO	50184545	15/11/2011

Dados do Beneficiário	ID-Plano	ID-Empresa	Data Validade de Carteira	Número de Cartão Nacional
0 0 3 7 0 0 0 0 0 0 0 0 3 1 5 5 6 5 4 2	POS REDE PRESTADORA	FERNANDA SOARES DA	___/___/___	7024005178971

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIANA SOARES DA SILVA	(11) 30/04/1982	FERNANDA SOARES DA SILVA

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
Nº 111 JANA COSTA DA SILVA	111 JANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES	Faturar Empresa
14513133818571818111	JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ		

26-Nome do Profissional Exercitante	27-Número na CRO	28-UF	29-Código CBO S
JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	

[illegible][illegible][illegible][illegible]A vertical ruler with markings from 6 to 7 inches. The markings are in inches, with major ticks every inch and minor ticks every half-inch. The numbers 6 and 7 are printed at the bottom of the ruler.

8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible][illegible]

14

15

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	☐ 1-Total 2-Parcial	1 4 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional contratado. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado, o valor do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com o custo do tratamento previsto em contrato.

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Assinatura da Empresa
01/09/2011 Belo Horizonte Dr. ...	01/09/2011 Belo Horizonte Sr. ...	01/09/2011 Belo Horizonte Sr. ...

[illegible]