

66- Data by Country on Foreign...

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2012	4-Data de Autorização 12/11/2012	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8165860	7-Data Válida da Série 12/10/13	445597 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 1010202152611297100003201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BARI VEICULOS LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FRANCINE CLAIRE VENANCIO ANDREU		14-Telefone () - - - - -		
15-Nome do titular do plano FRANCINE CLAIRE VENANCIO ANDREU		16-Data de validade do Tratamento 01/03/1996		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA KINDERMANN	18-Número no CRO 16846	19-UF SC	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
21-Código na Operadora / CNU / CPF 087687519916	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	23-Número no CRO 16846	24-UF SC	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA KINDERMANN	27-Número no CRO 16846	28-UF SC	29-Código CRO S	

30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Matéria da Guia	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OM	1	88,00	0,00	0,00				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	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 88,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), folioaram 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 21/11/2012 Paula Kindermann	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/2012 Paula Kindermann	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/2012 Francine Claire Venancio Andreu	53-Data, local e Carimbo de Empresa 21/11/2012 Paula Kindermann Cirurgião-dentista CRO-SC 16846
--	--	---	--