



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-№

406485
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/17/1101/2011		4-Data de Autorização 11/18/1111/2011		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 406485		7-Data Validade da Sentença 12/15/1011/2011		406485 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário													
13-Nome PAMELA MARTINS LAPOLLI RODRIGUES													
8-Número da Carteira 00020202525169145000362011													
10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS													
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11													
12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
14-Telefone (1111) 1111-1111													
15-Nome do titular do plano PAMELA MARTINS LAPOLLI RODRIGUES													
16-Atendimento a RN N													
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411824894711													
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS													
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 1-0013418													
32-Descrição DOC ORTODONTICA "E"													
33-Dente/Região 1124800111408													
34-Face 1													
35-Old													
36-Quantidade US													
37-Valor													
38-Franquia/Co-participação R\$													
39-Aut S18/11/2011													
40-Data de Realização													
41-Motivo da Glosa Assinatura													
42-Total Franquia / Co-participação R\$													
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11													
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 248100													
47-Valor Total R\$ 114108													

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.

19-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/08/11 11/11/10	14/08/11 11/11/10	14/08/11 11/11/10	14/08/11 11/11/10