



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/3/11 11/12/01		4-Data de Autorização 12/6/11 11/12/01		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8077999		7-Data Validade da Senha 12/1/10 12/12/11		424853 INTERCÂMBIO																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Dados do Beneficiário																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
8-Número da Carteira 0101202025202016000153011				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 7				11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11				12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
13-Nome LETICIA RIBEIRO DA COSTA												14-Telefone (11) 1111111111												15-Nome do Titular do plano LETICIA RIBEIRO DA COSTA																																																																																																																																																																																																																																																																																															
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												21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0411824947												22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS												23-Número no CRO 8307												24-UF SC												25-Código CNES												26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS												27-Número no CRO 8307												28-UF SC												29-Código CBO S												30-Tabella 31-Código do Procedimento 10081000405												32-Descrição RADIOGRAFIA PANORÂMICA												33-Dente/Região 1												34-Face 7800												35-Qtd 1												36-Quantidade US 000												37-Valor 0000												38-Franquia/Co-participação R\$ 0000												39-Aut S												40-Data de Realização 12/6/11 11/12/01												41-Motivo da Clossa 42-Assinatura Mariana											
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 17800												47-Valor Total R\$ 0000												48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000																																																																																																																																																																																																																																																											
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/6/11 11/12/01												51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/6/11 11/12/01												52-Data, local e Assinatura do Beneficiário (Responsável) 12/6/11 11/12/01												53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/6/11 11/12/01																																																																																																																																																																																																																																																																																			
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																																																																																																																																																																																																																																																																																																											

NPJ 07.852.615/0001-73
Dra Mariana F. Mendes