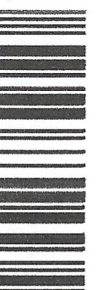


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/08/2012	4-Data de Autorização 11/08/2012	5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 14825045	7-Data Validade da Sentença 11/09/10	2640335 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------------	--	---	------------------------

8-Número da Carteira 101020251111815920106335011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FARMACIA E DROGARIA NISSEI SA	11-Data Validade da Carteira 11/01/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704204578411090
---	--------------------------------	---	--	--

13-Nome MARCELO AZEVEDO DE VA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCELO AZEVEDO DE VA
----------------------------------	------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Atendimento do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISSO NEIVA	18-Número no CRO 73946	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1158123456867	22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISSO NEIVA	23-Número no CRO 73946	24-UF SP	25-Código CNES 29-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISSO NEIVA	27-Número no CRO 73946	28-UF SP	29-Código CBO S	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-010	181000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	134,00	0,00			18/02/26		
2-010	185200034	TRATAMENTO EM		1	1	8,00	0,00			18/02/26		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/01/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	42,00	0,00								

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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista CRO-SP 73946 18/02/26	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/26	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/11
---	--	---	---