



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2412



431100
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/12/12/10	4-Data de Autorização 10/13/11/12/12/10	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8103999	7-Data Válida de Sanha 10/11/10/13/11/21/1
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Identificação da Carteira 1010210215133152191101010101101021	9-Fluor POS REDE PRESTADORA
---	--------------------------------

13-Nome
GUSTAVO SILVA AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

14-Atividade de Atividade N	15-Admissão do Profissional Solicitante THIAGO MALBAR MOSCON
--------------------------------	---

16-Cópia na Operadora - CNPJ / CPF 10182176118571318	22-Atividade do Contratado Responsável THIAGO MALBAR MOSCON
---	--

21-Nome do Profissional Excitante
THIAGO MALBAR MOSCON

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Data de Registo	24-Frete	25-Código	26-Atividade US	27-Valor	28-Franquia Co-participação R\$	29-Ativ	30-Data de Realização	31-Valor da Guia	32-Atividade
1-10	1018511011916	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	101010	101010	101010	101010	101010	101010	101010
2-10	1018511011916	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	101010	101010	101010	101010	101010	101010	101010
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 10/11/12/12/10	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
--	--

45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total US 112121010	47-Valor Total R\$ 101010	48-Valor Total Faturado R\$ 101010
---	--------------------------------	------------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução de tratamento, compreendendo-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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo o Operador a pagar em meu nome e por minha conta ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Paciente
Paciente Menor

51-Data local e Assinatura do Responsável pelo Tratamento 10/11/12/12/10	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/12/12/10	53-Data local e Assinatura da Empresa 10/11/12/12/10
---	--	---