

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



474286 INTERGAMBIC

1-Signatário 406414		3-Data de Emissão da Guia [1][0]/[02]/[21]		4-Data de Autorização [1][1]/[02]/[21]		5-Série AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8288230		7-Caixa Validade da Série [1][1]/[05]/[21]		874286 INTERCAMBIO	
9-Dados do Beneficiário 10-Nome na Carteira [0][0][2][0][2][5][2][0][3][4][3][0][0][3][1][4][0][1]				11-Filial POS REDE PRESTADORA		12-Empresa MAQUINAS AGRICOLAS JACTO S A		13-Data Validade da Carteira [][][][][][]		14-Número do Cartão Nacional de Base			
15-Nome BRUNO DIAS DE ALMEIDA				16-Tipo [][][][][][]		17-Data 11/09/1984		18-Nome do titular do plano BRUNO DIAS DE ALMEIDA					
19-Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 20-Atribuição a Função N				21-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA STORER PAVILHAO		22-Número no CRO 136828		23-U.F. SP		24-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
25-Código na Convenção "CNP"/ OIP [4][7][0][1][5][0][8][16][8][0][7][][][]				26-Nome do Contratado Excludente GABRIELA STORER PAVILHAO		27-Número no CRO 136828		28-U.F. SP		29-Código CNES			
30-Nome do Profissional Excludente GARRIFLA STORER PAVILHAO						31-Número no CRO 136828		32-U.F. SP		33-Código CBO S			

[illegible]

42-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Amoldamento	45-Tipo de Alinhamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R\$	48-Total Franchia / Co-pagamento R\$
11/11/11	1-Tratamento Oclusivo 2-Exame Radiológico 3-Ortodôncia 4-Ligadura/Emarginação	1-Total 3-Parcial	117800	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 atuar com os custos previstos em anexo. 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 a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, de valores correspondentes ao(s) procedimento(s) acima, e ao valor em anexo, em quantos contratos previsto em contrato.

49-Observação

SS-Caixa, local e Assinatura do Coordenador Solitário 	SS-Caixa, local e Assinatura do Coordenador Dentário 	SS-Caixa, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 	SS-Caixa, local e Carimbo da Unidade Gabriela Stoner Pavilhão Cirurgiã Dentista CRO/SP 136828
---	--	--	---