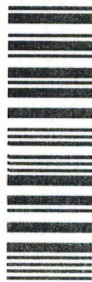




GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

317092
INTERCÁMBIO

7-Data Validade da Senha
24/08/20

6-Numero da Guia Principal
7597470

5-Senhia
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/2/06/12/01

3-Data de Emissão da Guia
12/6/05/12/01

1-Registro ANS
406414

9-Plano										10-Empresa										11-Data Validade da Carteira										12-Número do Cartão Nacional de Saúde																													
0 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 4 8 9 5 0 1 POS REDE PRESTADORA																																								INSTITUTO DE ASSISTENCIA																			

13-Nome	MARCIA DE MEDEIROS
14-Telefone	() () - - - - -
15-Nome do titular do plano	MARCIA DE MEDEIROS
16-Data de emissão	12/02/1968

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante			18-Número na CRO	19-UF	20-Código CBO S	025 -
N	VITAE ODONTO			04.000			

14-Código na Operadora / CNPJ / CPF	701226918910101111
22-Nome do Contratado Executante	TACYANE DETROTTI ALBECICI
23-Número na CRO	244F
25-Código CNES	10
Faturar Empresa	

TACYANE PETROLLI ALBERICI		SP	
84090		28-UF	
27-Número no CRO		29-Código CBO S	
94000		5	

Nome do Profissional Exculante

TACYANE PETROLLI ALBERICI

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		04030
00-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição
		33-Descrição

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

[illegible][illegible]

44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
☐ 1-Tratamento Odontológico ☐ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgencial/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial	1 1 7 8 1 0 1 0	1 1 7 8 1 0 1 0	1 1 7 8 1 0 1 0

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 documentos anexos ao presente contrato. De acordo, 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 para a realização do tratamento, realizado, sendo considerado este documento, os valores devidos pelo paciente.

Observação

[illegible]

05/06/2015 05/06/2015