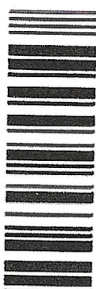


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



2591478
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2011	4-Data de Autorização 11/12/1982	5-Série AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 14763777	7-Data Validade da Série 10/11/2013
8-Número da Carteira 10102102504270360000701001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa EMPRESA MUNIC DE	11-Data Validade da Carteira 11/12/1982	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70430352779498	
13-Nome RAFAEL AUGUSTO FARIA DA COSTA					
14-Atendimento a RN N					
15-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA					
16-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15823456867					
17-Nome do Contratado Responsável pelo Tratamento VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA					
18-Número no CRO 73946					
19-UF SP					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Número no CRO 73946					
22-Código CNES SP					
23-Número no CRO 73946					
24-UF SP					
25-Código CBO S					
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA					
27-Número no CRO 73946					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-1-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cliv	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	852100034				25						
2-0	0	81000057				1						
3-0	0					34						
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial			

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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

Prof. Rafael Augusto Faria da Costa
Cirurgião-Dentista CRO-SP 73.946
Harmonização Oficial

Rafael Augusto Faria da Costa