



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/2017	4-Data de Autorização 11/01/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11426638	7-Data Validade da Santa 10/08/2017	1524680 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--	------------------------

8-Número da Carteira 002025460317000030030001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUICAO ADV SUL BRASILEIRA	11-Data Validade da Carteira 11/01/2017	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VIVIANE POLI	26/09/1980	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano VIVIANE POLI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARLOS ANDRE SA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13100323939	22-Nome do Contratado Executante MARLOS ANDRE SA
26-Nome do Profissional Executante MARLOS ANDRE SA	27-Número no CRO 14963
18-Número no CRO 14963	19-UF PR
23-Número no CRO 14963	24-UF PR
28-UF PR	29-Código CBO S
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0085100218	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA
33-Dente/Região 37	34-Face VOL
35-Cid 1	36-Quantidade US 12200
37-Valor 000	38-Franquia/Co-participação R\$ 512121231
39-Ant 512121231	40-Data de Realização 11/01/2017
41-Motivo da Glosa 42-Assinatura 512121231	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	VOL	1	12200	000	512121231	512121231	512121231	11/01/2017		
2-0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VOL	1	12200	000	512121231	512121231	512121231	11/01/2017		
3-0085100218												
4-0085100218												
5-0085100218												
6-0085100218												
7-0085100218												
8-0085100218												
9-0085100218												
10-0085100218												
11-0085100218												
12-0085100218												
13-0085100218												
14-0085100218												
15-0085100218												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/01/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 2400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
--	--	---	--------------------------------	---------------------------	--

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) 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 11/01/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2017 x VIVA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/2017	54-Marcos Andre S Cirurgião Dentista CRO 14.985
---	---	--	---	---