



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/4//01//21	4-Dia de Autorização 11/4//01//21	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8198259	7-Dia Validade da Semana 11/4//04//21
--------------------------	---	--------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	--

454275

INTERCÂMBIO

6-Número da Carteira	10-Empresa
10 0 2 0 2 5 0 2 8 8 6 9 0 0 0 8 2 6 0 4	11-Chave Veículos da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saneamento	
POS REDE PRESTADORA	FURUKAWA INDUSTRIAL S A

[illegible]

16-Endereço a: R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	FERNANDO THOMAS CAMARGO	109738	SP	

414 =
Faturar Empresa

25b-Nome do Profissional Executante	1345811485827	FERNANDO THOMAS CAMARGO	109738	SP	
27a-Número do CRO					
28a-UF					
29a-Código CBO S					

PLANILHA DE MOVIMENTOS CANCELADOS		10/9/30	SP	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados				
Objetividade	32-Indicador	33-Diagnóstico	34-Intervenção	35-Avaliação
36-Encerramento	37-Relatório	38-Encerramento	39-Encerramento	40-Encerramento
41-Encerramento	42-Encerramento	43-Encerramento	44-Encerramento	45-Encerramento

[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
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

$\frac{d}{dt}$

9.

[illegible]

[illegible]

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 no contrato. Declaro ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e da forma estatística. Autorizo a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores acordados para realização do(s) procedimento(s).

Assinatura do paciente ou representante legal: _____

Assinatura do profissional responsável pelo atendimento: _____

49-Observations

50-Dia, local e Assinatura do Cursista-Dentista Solidante	51-Dia, local e Assinatura do Cursista-Dentista	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Dia, local e Caimento da Empresa
21/11/2011 11h20	21/11/2011 11h20	21/11/2011 11h20	21/11/2011 11h20