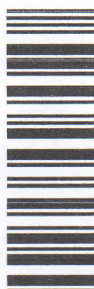


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/7/11 11/214 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 2121941 7-Data Validade da Sentença 12/5/10 12/12/15

2121941
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020255861340000101021

9-Plano

POS REDE PRESTADORA

10-Empresa

WAGNER ANTONIO ALVES

11-Data Validade da Carteira

11/11/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome MIRIAM OLIVEIRA DOS SANTOS ALVES

12/07/1968

14-Telefone

15-Nome do titular do plano WAGNER ANTONIO ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISSIO NEIVA

18-Número no CRO 73946

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115823456867

22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISSIO NEIVA

23-Número no CRO 73946

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

VIVIAN CARLA CLAVISSIO NEIVA

27-Número no CRO 73946

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cid	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	8100057				1						
2-0	0	8520034				1						
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidades US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	1-Total	2-Parcial	4	2,10	10,10			

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(s) 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-Observações

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

Cirurgiã-Dentista CRO-SP 73.946
Harmonização Orolfacial