

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2. No.

532724
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/4/10/4/1/2/1	4-Data de Autorização 10/3/10/5/1/2/1	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8517204	7-Data Validade da Sessão 12/3/10/7/1/2/1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	--

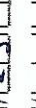
Diodes du Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 6 2 4 8 9 0 0 1 0 2	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GEYZA KERLE SILVA DE OLIVEIRA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ALEXANDRE TADEU SOARES DE OLIVEIRA	26/10/1981	14-Telefone (_) _ _ _ _ _	15-Nome do titular do plano GEYZA KERLE SILVA DE OLIVEIRA	

Datou do Contrato: Responsável pelo Tratamento

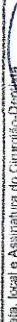
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DIEGO ADRIANO RICARDO	18-Número no CRO 121025	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Opimora / CNPJ / CPF 13131891131918261111	22-Nome do Contratado Executante DIEGO ADRIANO RICARDO	23-Número no CRO 121025	24-UF SP	25-Código ONES
26-Nome do Profissional Executante DIEGO ADRIANO RICARDO		27-Número no CRO 121025	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamiento: Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Parte/Região	34-Freq	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gêsea 42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		34,00	0,00		15/05/11	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
				1-Total 2-Parcial		34,00		0,00			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, avalio e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

49-0589400

60 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidante  10/11/2015/12131	61 - Data, local e Assinatura do Cirurgião-Proprietário  10/11/2015/12131	62 - Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  10/11/2015/12131	63 - Data, local e Ganho da Empresa 10/11/2015/12131
--	--	---	---

Dr. Diego Adriano Ribarbo
 Cirurgião-Dentista
 CRO 121025