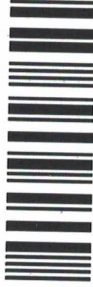


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

815874
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/14/11 12/12/11		4-Data de Autorização 20/11/12 12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 9400087		7-Data Validade da Senha 14/10/13 11/2121		8-Número da Carteira 00202025151615190000201011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DISPAR DISTRIBUIDORA DE		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde													
13-Nome MARCELO ASSUNCAO DA SILVA		14-Telefone ()		15-Data 15/08/1998		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 113292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320		24-UF SP		25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Número no CRO 61320		28-UF SP		29-Código CBO S	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura											
1-0001810000615		CONSULTA ODONTOLÓGICA		HASE		1		34000		0,00		0,00		0,00		0,00		S		21/12/11		MARCELO											
2-0001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAIE		1		36000		0,00		0,00		0,00		0,00		S		21/12/11		MARCELO											
3-0001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HASD		1		36000		0,00		0,00		0,00		0,00		S		21/12/11		MARCELO											
4-0001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		HAID		1		36000		0,00		0,00		0,00		0,00		S		21/12/11		MARCELO											
5-0001853000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL																															
6-0001853000471																																	
7-0001853000471																																	
8-0001853000471																																	
9-0001853000471																																	
10-0001853000471																																	
11-0001853000471																																	
12-0001853000471																																	
13-0001853000471																																	
14-0001853000471																																	
15-0001853000471																																	

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1178,00		47-Valor Total R\$ 33400,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00	
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 21/11/12		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/12		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/12		53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/11/12		RICARDO FERRARES CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320			