



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/06/2018 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 352467 7-Data Validade da Sentença 10/04/2019

INTERCAMBIO 352467

8-Nome da Carteira 0002020251055060169190 9-Plano 10-Empresa 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome LUIS HENRIQUE 14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUIS HENRIQUE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 18-Número no CRO 73946 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115823456867 22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 23-Número no CRO 73946 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO 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- Face	35- Quid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1-10	018100057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE			1	34,00	0,00					
2-0	018520034	TRATAMENTO EM			1	8,00	0,00					
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Prevista Término do Tratamento	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 142,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$							

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, a 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.

48-Obvenção

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/10/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 06/10/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/10/2018 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Harmonização Orolfacial