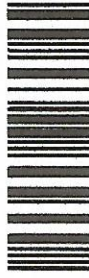


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

333711
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2017	4-Data de Autorização 15/01/2017	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7690748	7-Data Validade da Semeta 01/11/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0002025105560002635011	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
11-Data Validade da Carteira		12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
13-Nome DANIEL NERES DE JESUS					
14-Telefone (11) 513418511023					
15-Nome do titular do plano DANIEL NERES DE JESUS					

16-Atendimento a IN N		17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA DE FELICIO		18-Número no CRO 43558		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07802093899		22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO		23-Número no CRO 43558		24-UF SP		25-Código CNEB	
26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA DE FELICIO		27-Número no CRO 43558		28-UF SP		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200	

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Realização
1-000851100200		RESTAURAÇÃO RESINA	13	MV	1	88,00	0,00	0,00		21/01/2017		
2-000851100200		RESTAURAÇÃO RESINA	23	MV	1	88,00	0,00	0,00		21/01/2017		
3-000851100200												
4-000851100200												
5-000851100200												
6-000851100200												
7-000851100200												
8-000851100200												
9-000851100200												
10-000851100200												
11-000851100200												
12-000851100200												
13-000851100200												
14-000851100200												
15-000851100200												
16-000851100200												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Tipo de Faturamento	47-Total Quantidade US	48-Valor Total R\$	49-Total Franquia / Co-participação R\$						
	1-1	1-1	1-1	1716,00	0,00	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), 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/01/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/01/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/01/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/01/2017
---	---	---	---

Dra. Vivian C. de S.