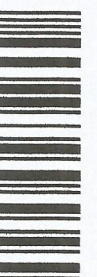




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º



305282
INTERCAMBIO

1-Registro AMS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10	4-Data de Autenticação 10/08/10	5-Sereta AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7503026	7-Data Validade da Sereta 10/05/10
--------------------------	---------------------------------------	------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202509620200089101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome
DIEGO BONATO DIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15/07/1997

15-Nome do titular do plano
DIEGO BONATO DIAS

16-Apresentamento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA

18-Número no CRO
86646

19-UF
SP

20-Código CBO S
025

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1311462824889

22-Nome do Contratado Excluído
LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA

23-Número no CRO
86646

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Código CBO S

Faturar Empresa

28-Nome do Profissional Excluído
LUIS FERNANDO BARATA DA SILVEIRA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Cir	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/04/10		X Diego
2-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/04/10		X Diego
3-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/04/10		X Diego
4-0	0853000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	10/04/10		X Diego
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 referências 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 10/10/10 Luis F. Barata da Silveira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/10 Luis F. Barata da Silveira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/10 Diego	53-Data, local e Cartão da Empresa 10/10/10
--	--	---	--

Dr. Luis F. Barata da Silveira
Cirurgião Dentista
CRO-SP 86646