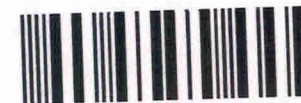


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



405399
INTERCÂMBIO

Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 26/10/2012	4-Data de Autorização 09/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7997720	7-Data Validade da Senha 24/01/21
Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CONSELHO REGIONAL DE	11-Data Validade da Carteira / /
Número da Carteira 00202532725800025303		14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
3-Nome SARAH FELIX LEAL DA SILVA		14/06/2012		15-Nome do titular do plano RENATO CHRISTIAN GARCIA DA SILVA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 24184		19-UF SP	20-Código CBO S
6-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA GARCIA		23-Número no CRO 24184		24-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01424131863		22-Nome do Contratado Executante VERA LUCIA GARCIA		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante VERA LUCIA GARCIA		27-Número no CRO 24184		28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 Glosa	42-Assinatura
1	0084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			09/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/11/20	44-Tipo de Atendimento ☐ 1-Tratamento Odontológico Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento ☐ 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 09/11/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/11/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/11/20	

BOCA DO CEU ODONTOLOGIA
INTEGRADA S/C LTDA
04.896.785/0001-89