



GUIA DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/5/11 11/21	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Serinha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 769393	7-Data Validade da Serinha 10/3/10 12/12/21
--------------------------	--	-----------------------------------	---	--------------------------------------	--

769393
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira	000202510550601064601
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira	___/___/___
12-Número do Cartão Nacional da Saúde	

13-Nome	CELA MARIA CURVELLO GONCALVES RAMOS
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	23/01/1956
14-Telefone	(1 4) 3 5 7 2 - 2 0 9 3
15-Nome do titular do plano	CELA MARIA CURVELLO GONCALVES RAMOS

16-Atendimento a RN N	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 Uppradat / CNPJ / CPF	1	1	5	8	1	2	1	3	1	4	5	1	6	1	6	1	7	1	1	1	1
22-Nome do Contratado Excludente	VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA																				
23-Número no CRO	73946																				
24-UF	SP																				
25-Código UNES																					

VIVIAN CARLA CLAVISSIO NEIVA	27-Número no C-RO 73946	26-UF SP	29-Código CBO S
------------------------------	----------------------------	-------------	-----------------

[illegible]

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.	44- Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1- Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2- Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3- Ortopedia <input type="checkbox"/> 4- Urgência/Emergência	45- Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1- Total <input type="checkbox"/> 2- Parcial	46- Total Quantidade US _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	47- Valor Total R\$ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	48- Total Franquia / Co-participação R\$ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
	O Assinante				

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Carla C. Nery 05/11/2011 <i>[Assinatura]</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/2011 <i>[Assinatura]</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa
<div style="text-align: center;">[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</div>			<div style="text-align: center;">[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []</div>