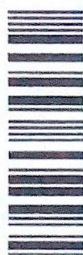


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



354638
INTERCAMBIO

1-Registro Ans 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/10/18	3-Data de Autorização 12/10/18	4-Será AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7777372	6-Data Validade da Guia 10/11/20
Dados do Especialista					
7-Nome do Especialista ESTER DE JESUS LEMES	8-Endereço do Especialista POS REDE PRESTADORA	9-Telefone 2702/1977	10-Endereço TRANSPORTADORA BOA VIAGEM	11-Data Validade da Guia 11/11/20	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Prestador					
13-Nome do Profissional Solicitante DENISE FANTON OREFICE	14-Nome do Profissional Especialista DENISE FANTON OREFICE	15-Número no CNP 46356	16-Número no CNP 46356	17-Código CBO S 025 -	18-Data de Realização 41- Motivo da Guia 42-Justificativa
Dados do Paciente					
19-Nome do Paciente DENISE FANTON OREFICE	20-Data de Nascimento 11/11/18	21-Idade 18	22-Data de Nascimento 11/11/18	23-Data de Nascimento 11/11/18	24-Data de Nascimento 11/11/18
Dados do Tratamento					
25-Data de Início do Tratamento 11/11/18	26-Data de Término do Tratamento 11/11/18	27-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Outros	28-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Outros	29-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Outros	30-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Outros
Declaração: que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, custos e alternativas de tratamento, o paciente autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e a arcar com os custos previstos em contrato. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a ser(m) realizado(s) com seu consentimento e de forma satisfatória. Autoriza a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.					
Assinatura do Paciente					
Assinatura do Profissional Solicitante					
Assinatura do Profissional Especialista					
Assinatura da Operadora					