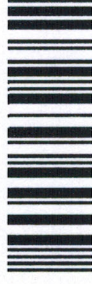




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

385319  
INTERCÂMBIO

|                                                 |                                       |                                   |                                                 |                                       |                                       |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                        | 3-Data de Emissão da Guia<br>12/09/10 | 4-Data de Autorização<br>10/09/10 | 5-Senha<br>AUTORIZADO                           | 6-Número da Guia Principal<br>7914687 | 7-Data Validação da Senha<br>12/08/11 |
| 8-Número da Carteira<br>00020251055060118708011 |                                       |                                   | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                  |                                       |                                       |
| 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA          |                                       |                                   | 11-Data Validação da Carteira<br>11/11/11       |                                       |                                       |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde           |                                       |                                   | 13-Nome<br>ELSON GARCIA DOS SANTOS LEITE JUNIOR |                                       |                                       |

|                                                                |  |                                                                     |  |
|----------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------|--|
| 14-Telefone<br>( )                                             |  | 15-Nome do titular do plano<br>ELSON GARCIA DOS SANTOS LEITE JUNIOR |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |  | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>VITAE ODONTO                 |  |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>1702216989110011        |  | 22-Nome do Contratado Executante<br>TACYANE PETROLI ALBERICI        |  |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>TACYANE PETROLI ALBERICI |  | 27-Número no CRO<br>84090                                           |  |
| 28-UF<br>SP                                                    |  | 29-Código CBO S<br>84090                                            |  |
| 20-Código CBO S<br>10                                          |  | 25-Código CNES<br>SP                                                |  |
| 19-UF<br>SP                                                    |  | 24-UF<br>SP                                                         |  |
| 18-Número no CRO<br>84090                                      |  | 23-Número no CRO<br>84090                                           |  |
| 17-Número no CRO<br>84090                                      |  | 22-Número no CRO<br>84090                                           |  |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                       |  | 15-Nome do titular do plano<br>ELSON GARCIA DOS SANTOS LEITE JUNIOR |  |

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição            | 33-Dentista/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut   | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Class 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-------------------------|--------------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|----------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-00      | 018110000065              | CONSULTA ODONTOLÓGICA   | HAID               | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 2-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 3-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 4-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 5-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD               | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 6-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 7-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 8-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 9-00      | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 10-00     | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 11-00     | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 12-00     | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 13-00     | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 14-00     | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |
| 15-00     | 01853000047               | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL |                    | 1       | 1      | 36,00            | 0,00     | 0,00                            | 11/10/10 | 11/10/10              | 11/10/10                         |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                   |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>10/09/10 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1178,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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), 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<br>09/11/10 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>09/11/10 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>09/11/10 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/11/11 |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|