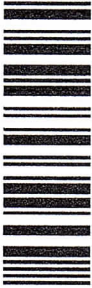


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



341962
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/07/12/01	5-Semeta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7717219	7-Data Validade da Semeta 11/01/10/12/01
--------------------------	---	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário	
8-Número da Carteira 002020250606157004912021	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
13-Nome HENRIQUE BOMFIM DULTRA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11
16-Atendimento a RN N	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	15-Nome do Titular do plano CARMEN LUCIA SILVA DUTRA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10811512199991616011	14-Telefone () - - - - -
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa	
23-Número no CRO 112913	24-UF SP
27-Número no CRO 112913	28-UF SP
Enviar - RX (0) 85100200	

30-Tabella	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 de Glosa	42-Assinatura
1-000185110019161	RESTAURAÇÃO RESINA	16	D	1	1	61100	01100	01100	01100	01100	01100	01100
2-000185110019161	RESTAURAÇÃO RESINA	36	D	1	1	61100	01100	01100	01100	01100	01100	01100
3-00018511002001	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	1	81100	01100	01100	01100	01100	01100	01100
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provisão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1121101010	47-Valor Total R\$ 1121101010	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1121101010
--	--	---	--------------------------------------	----------------------------------	---

Declaro, que após ler 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 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 03/10/18/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 03/10/18/12/01
---	---

53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/10/18/12/01