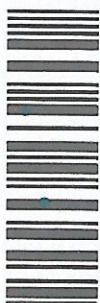


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1.º ANS 414 3.º Data de Emissão da Guia 12/11/2010 4.º Data de Autorização 12/11/2010 5.º Senha AUTORIZADO 6.º Número da Guia Principal 50200969 7.º Data Validade da Senha 12/11/2011 402769 INTERCÂMBIO

8.º Beneficiário

9.º Plano POS REDE PRESTADORA

10.º LDO GOMES DOS SANTOS

26/08/1987

11.º Nome do Profissional Solicitante MARCIA MARTINS PEREIRA

12.º Nome do Contratado Executante MARCIA MARTINS PEREIRA

13.º Nome do Profissional Executante MARCIA MARTINS PEREIRA

14.º Tratamento / Procedimentos Solicitados

15.º 31.º Código do Procedimento

32.º Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA

33.º Dente/Região

34.º Face

35.º Cid

36.º Quantidade US

37.º Valor

38.º Franquia/Co-participação R\$

39.º Ali

40.º Data de Realização

41.º Mês da Guia 42.º

16.º Nome do titular do plano ARLDO GOMES DOS SANTOS

17.º Data Validade da Carteira

18.º Nome do titular do plano

19.º Data Validade da Carteira

20.º Código CBO S

21.º Código CNES

22.º UF

23.º Número no CRO

24.º Número no CRO

25.º UF

26.º Código CBO S

27.º UF

28.º UF

29.º UF

30.º UF

31.º UF

32.º UF

33.º UF

34.º UF

35.º UF

36.º UF

37.º UF

38.º UF

39.º UF

40.º UF

41.º UF

42.º UF

3.º 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 totais do tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

4.º Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

5.º Local e Assinatura do Profissional Solicitante

6.º Local e Assinatura do Profissional Executante

7.º Local e Assinatura do Profissional Assistente

8.º Local e Assinatura do Profissional Contratado

43.º Total da Guia

44.º Tipo do Atendimento

45.º Tipo do Atendimento

46.º Tipo do Atendimento

47.º Tipo do Atendimento

48.º Tipo do Atendimento