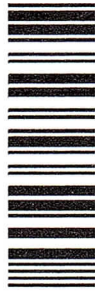


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2º Nº

391915
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012	4-Data de Autorização 14/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7942123	7-Data Validade da Senha 15/10/11
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 02020250490850073030301	9-Plano POS REDE PRESTADORA			

13-Nome FABRICIO PEREIRA RODRIGUES	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FABRICIO PEREIRA RODRIGUES
---------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNF J / CPF 1171516281897	22-Nome do Contratado Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101	28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dent / Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010181100001615		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	314,00	0,00	0,00	S	07/10/10	X Fabrício P.R.
2-010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	17/10/10	X Fabrício P.R.
3-010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	17/10/10	X Fabrício P.R.
4-010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	17/10/10	X Fabrício P.R.
5-010181530001471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	17/10/10	X Fabrício P.R.
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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), não tem caráter de urgência, e por isso não será considerado em caráter de emergência. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional tal contratado que assina este 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 11/11/10 10/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 17/10/10 20/10/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/10 20/10/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--