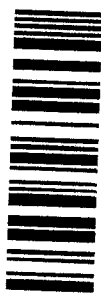


## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



361239  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/08	4-Data de Autorização 12/05/08	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7807330	7-Data Validade da Guia 19/11/12
8-Atividade da Categoria 02020251163160009702	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validade da Categoria 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 361239	
13-Nome CRISLA JANSELY CHAGAS SENA	14-Endereço 12/04/2000	15-Endereço 9121-100	16-Nome do Titular do Plano CRISTINA TENORIO CHAGAS	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ORAL D - MATRIZ	
18-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N	19-Código na Operadora / CNPJ / CPF 159441038253	20-Número no CRO 4114	21-Código no CRO 4114	22-Código CBO S 025 -	
23-Nome do Contratado Responsável KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	24-Número no CRO 4114	25-Código CBO S 04	26-Código CBO S 04	27-Código CBO S 04	
28-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	29-Número no CRO 4114	30-Código CBO S 04	31-Código CBO S 04	32-Código CBO S 04	
33-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$
39-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid
1-000181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	24	0	1	1
2-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	1
3-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	1
4-0001851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	1
5-0001851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	0	1	1
6-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
7-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
8-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
9-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
10-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
11-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
12-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
13-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
14-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
15-0001840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	44	0	1	1
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$
	1-Atendimento	1-Total 2-Parcial	4445100	1000	

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(ram) 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 de Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Contrato da Empresa

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

56-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

57-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

58-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

59-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

60-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

61-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

62-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

63-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

64-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

65-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

66-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

67-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

68-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

69-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

70-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

71-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

72-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

73-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

74-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

75-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

76-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

77-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

78-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

79-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

80-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

81-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

82-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

83-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

84-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

85-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

86-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

87-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

88-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

89-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

90-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

## 2-NF



362012  
INTERCĂMBIO

53-Data, local e Carimbo da Empresa

5

maria luciana dos santos