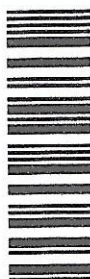




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417704
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/11 11/12/11	4-Data de Autorização 11/16/11 11/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8047405	7-Data Validada da Senha 11/10/11 01/12/11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010120125110151016101017019131011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome LINDINALVA REGINA DOS SANTOS CAMARGO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano LINDINALVA REGINA DOS SANTOS CAMARGO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA SANTANA BORGES	18-Número no CRO 78161	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNU / CPF 1217181240181811	22-Nome do Contratado Executante MARCIA SANTANA BORGES	23-Número no CRO 78161	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIA SANTANA BORGES	27-Número no CRO 78161	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0101	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/11	0002	
2-0101	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00	S	11/11/11	0002	
3-1111												
4-1111												
5-1111												
6-1111												
7-1111												
8-1111												
9-1111												
10-1111												
11-1111												
12-1111												
13-1111												
14-1111												
15-1111												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-1-Total 2-Parcial												
46-Total Quantidades US												
1122100												
47-Valor Total R\$												
01010												
48-Total Franquia / Co-participação R\$												

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) 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

48-Observação

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceita e autoriza a execução do tratamento, comprometendo-se a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declara, 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Dra. Marcia S. Borges
Cirurgia Dentista
CROSP 78161

212