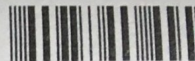


Odontolife
Incorporação de Saúde

CENTRO ODONTOLÓGICO



306604
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414	3-Data de Autorização 11/04/2010	4-Autorização AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7513451	7-Data Validade da Serina 14/07/2010
------------------------	-------------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------	---

6-Dados do Beneficiário 00202510550605042011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARILENE CATAO SILVA	14-Data de Nascimento 21/04/1961	14-Telefone (11) 4146-8750	15-Nome do titular do plano MARILENE CATAO SILVA	

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MICHELE CICUTO	18-Número no CRO 84389	19-UF SP	20-Código CBO 5 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26604732851	22-Nome do Contratado Executante ALINE MICHELE CICUTO	23-Número no CRO 84389	24-UF SP	25-Código CNE 5
26-Nome do Profissional Executante ALINE MICHELE CICUTO	27-Número no CRO 84389	28-UF SP	29-Código CBO 5	

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	33	1		73,00	0,00		S	/ /		
2	0082000875	EXODONTIA SIMPLES DE	34	1		73,00	0,00		S	/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista Término do Tratamento 22/04/2010	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiográfico 3-Exame Laboratorial 4-Exame Clínico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 146,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 com o tratamento.

49-Observação
Em casos de exodontia múltiplas (mais de 4), Favor anexar Carta de Autorização do paciente para as solicitações de exodontias

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/04/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/04/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/04/2010	53-Data, local e Caixão da Empresa 22/04/2010
---	---	---	--

Aline M. Cicuto
CRO-SP 84389
CPF 266047328-51