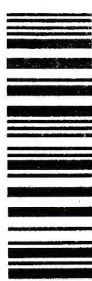




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314783  
INTERCÂMBIO

1-Registo ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
19/05/2011

4-Data de Autorização  
29/05/2011

5-Sentia  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
7572480

7-Data Validade da Sentia  
17/08/2011

8-Número da Carteira  
00202510550600356901

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
MARIA EUNICE DA SILVA PRADO

14-Telefone  
( ) -

15-Nome do titular do plano  
MARIA EUNICE DA SILVA PRADO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN  
FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA

17-Nome do Contratado Executante  
FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA

18-Número no CRO  
82700

19-UF  
SP

20-Código CBO S

21-Data de Realização  
025 -  
Faturar Empresa  
Enviar - RX  
(R) 85200140-14

22-Nome do Profissional Executante  
FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA

23-Número no CRO  
82700

24-UF  
SP

25-Código CBO S

26-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

32-Descrição  
TRATAMENTO ENDODONTICO

33-Dente/Região  
14

34-Face  
1

35-Cid  
33

36-Quantidade US  
3,00

37-Valor  
0,00

38-Franquia/Co-participação R\$  
S 29,95

39-Aut  
S 29,95

40-Data de Realização  
16/05/11

41-Motivo da Guia  
42-Assinatura  
[Assinatura]

| 30-Abela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição           | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Cid | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R\$ | 39-Aut  | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Guia | 42-Assinatura |
|----------|---------------------------|------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|---------|-----------------------|-------------------|---------------|
| 1        | 0085200140                | TRATAMENTO ENDODONTICO | 14              | 1       | 33     | 3,00             | 0,00     | S 29,95                         | S 29,95 | 16/05/11              |                   | [Assinatura]  |
| 2        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 3        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 4        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 5        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 6        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 7        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 8        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 9        |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 10       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 11       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 12       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 13       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 14       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |
| 15       |                           |                        |                 |         |        |                  |          |                                 |         |                       |                   |               |

|                                                    |                                                                                                              |                                             |                                |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Totál 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>3,30 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>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), 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

Obs: Ex amizade por amigos pois não anexava todas.

|                                                                                       |                                                                           |                                                                                   |                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>11/11/11 [Assinatura] | 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/11/11 [Assinatura] | 52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/11/11 [Assinatura] | 53-Data local e Assinatura da Empresa<br>11/11/11 [Assinatura] |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

CNPJ: 23.048.918/0001-06