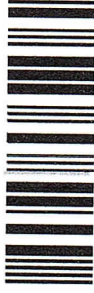


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321832
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/08/10 05/12/10		4-Data de Autorização 11/01/06/12/10		5-3ª linha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7620771		7-Data Validade da Senha 10/06/10 09/12/10	
8-Número da Carteira 10020202510550601310301		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 ADRIANA MOREIRA BARBOSA		14-Telefone (11) 1111-1111		15-Nome do titular do plano ADRIANA MOREIRA BARBOSA		16-Matrimônio a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		18-Número no CRO 134314	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1432030108823		22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		23-Número no CRO 134314		24-UF SP		25-Código CNES 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 05100200		26-UF SP	
28-Nome do Profissional Executante RODRIGO SANTOS MONTEIRO		29-Número no CRO 134314		30-UF SP		31-Código do Procedimento / Solicitação		32-Código CBO S		33-Código CBO S	
30-1-Descrição		33-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
1-000851010200 RESTAURAÇÃO RESINA		45 OM 1 88100		0100		0100		S13/10/10		41-Motivo de Class 42-Assinatura	
2-000851010196 RESTAURAÇÃO RESINA		27 O 1 61100		0100		0100		S13/10/10			
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 1149100		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / %-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 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 de Odontologia este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/06/10	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/06/10	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/06/10	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

Cirurgião Dentista
CRO-134314