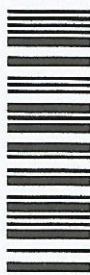




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



428987

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 12/6/11/11/210	4-Data de Autorização 10/2/11/12/1210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8095044	7-Data Validade da Senha 12/4/10/12/1211
--------------------------	---	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 100202125105506011353021	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 IVAN JOSE DOS SANTOS	27/05/1975	14-Teléfono (113) 356617880	15-Nome do titular do Plano LILIAN APARECIDA SANTOS
---------------------------------	------------	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO	18-Número no CRO 38732	19-UF SP	20-Código CBO S 125
--------------------------	---	---------------------------	-------------	------------------------

21-Código no Operador / CNPJ / CPF 06992791869	22-Nome do Contratado Específico JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO	23-Número no CRO 38732	24-UF SP	25-Código CNES 625
---	--	---------------------------	-------------	-----------------------

26-Nome do Profissional Executor JOSE RIBEIRO DE FREITAS NETO	27-Número no CRO 38732	28-UF SP	29-Código CBO S 125	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
--	---------------------------	-------------	------------------------	--

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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-Início da Glicose	42-Assinatura
1	010	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
2	010	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	88	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
3	010	RESTAURAÇÃO RESINA	43	D	1	61	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
4	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
5	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
6	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
7	010	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35	0,00	0,00	0,00	12/11/11	12/11/11	
8	010											
9	010											
10	010											
11	010											
12	010											
13	010											
14	010											
15	010											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3123,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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), 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/11 12/11/11 12/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/11 12/11/11 12/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/11 12/11/11 12/11/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/11/11 12/11/11 12/11/11
---	---	---	---