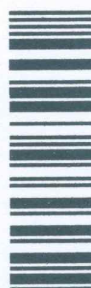


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



361995
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/12/10 8/12/10 4-Data de Autorização 11/01/10 9/12/10 5-Será Autorizado 7813084 6-Número da Guia Principal 7-Data Validade da Guia 12/01/11 11/12/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020125110151506008397011 9-Piano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ACEMIRA VENANCIO ANDRADE 23/11/2043 14-Telefone (11) 3151891461913 15-Nome do titular do plano ACEMIRA VENANCIO ANDRADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR 18-Número no CRO 30136 19-UF SP 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10144510751809 22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO 23-Número no CRO 30136 24-UF SP 25-Código CNES 225 - Faturar Empresa 26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO 27-Número no CRO 30136 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
2-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
3-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
4-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
5-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
6-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
7-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
8-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
9-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
10-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
11-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
12-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
13-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
14-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		
15-0	0	8 5 4 0 0 0 8 4			1	1 5 4 1 0 10				11/01/11		

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 47-Valor Total R\$ 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 no 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.

48- Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/11 11/12/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11 11/12/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 11/01/11 11/12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa