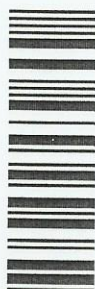




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2^o N^o



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 4-Data de Autorização 11/11/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7995196 7-Data Validade da Senha 12/04/10 8-Data Validade da Guia 12/11/11

404829
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010210215105106101151978011

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 FABIO JOSE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

15-Atendimento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

115689145807111

22-Nome do Contratado Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

26-Nome do Profissional Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI

27-Número no CRO 55535

28-UF SP

29-Código CBO S

18-Número no CRO 55535

19-UF SP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	11/11/11	20		
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	20		
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	20		
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	20		
5-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1	36,00	0,00	0,00	11/11/11	20		
6-0	0185100019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00	0,00	11/11/11	20		
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

02102225/0001-84

43-Data Previsão 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

1239,00

47-Valor Total R\$

1239,00

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 obrigações de pagamento dos custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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.

VIA: NOVA CACHOEIRINHA - CEP 02611-002

SAO PAULO - SP

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/11/11

11/11/11

11/11/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/11/11

11/11/11

11/11/11

RN-SP 124014