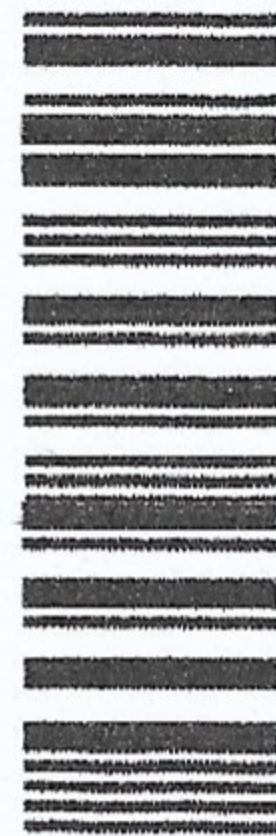




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



519902
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/04 12 11	4-Data de Autorização 11/01/04 12 11	5-Serha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8469510	7-Data Validade da Serha 10/01/07 12 11
--------------------------	---	---	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa IVECO LATIN AMERICA LTDA		11-Data Validade da Carteira 11/01/07 12 11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 100202510430500011601		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira 11/01/07 12 11		14-Data Validade da Carteira 11/01/07 12 11	
13-Nome CLARA POLLYANA CESARIO		30/04/1987		15-Nome do titular do plano CLARA POLLYANA CESARIO		16-Data Validade da Carteira 11/01/07 12 11	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		17-Nome do Profissional Solicitante BARBARA RIBEIRO LINHARES		18-Número no CRO 48299		19-UF MG		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110063378655		22-Nome do Contratado Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		23-Número no CRO 48299		24-UF MG		25-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante BARBARA RIBEIRO LINHARES		27-Número no CRO 48299		28-UF MG		29-Código CBO S		Faturar Empresa	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	3 4 0 0	0,00	0,00	0	11/01/06	2 1 1	Clara Pollyana
2	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	3 5 0 0	0,00	0,00	0	11/01/06	2 1 1	Clara Pollyana
3	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	3 5 0 0	0,00	0,00	0	11/01/06	2 1 1	Clara Pollyana
4	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	3 5 0 0	0,00	0,00	0	11/01/06	2 1 1	Clara Pollyana
5	0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO											Clara Pollyana
6													Clara Pollyana
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Prevista Término do Tratamento	11/01/04	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US	1 7 4 1 0 1 0	47-Valor Total R\$	0,00	48-Total Franchisa / Co-participação R\$	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), foram realizados 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 11/01/04 12 11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/04 12 11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/04 12 11	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------