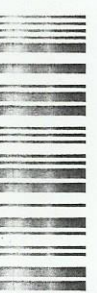




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



320719
INTERCÂMBIO

4-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/04/06 6/12/01 6-Data de Autorização 11/08/10 6/12/10 5-Série AUTORIZADO 7-Número da Guia Principal 7614752 12-Data Válida da Série 10/12/10 9/12/10

8-Número da Carteira 0101201252791477000111102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LEI INTERMEDIACAO S A 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MELISSA MARIA DA SILVA 17/01/2005 14-Teléfono () - - - - - 15-Nome do titular do plano ANDREA SANTOS DE MOURA GALVAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RH 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1515689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 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-Dia de Realização	41-Moeda da Cbiza	42-Assinatura
1-10	018110101065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	1,0	0	1	15/06/20		
2-10	01840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	1,0	0	1	15/06/20		
3-10	01840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	1,0	0	1	15/06/20		
4-10	01840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	1,0	0	1	15/06/20		
5-10	01840010198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	3,5	1,0	0	1	15/06/20		
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dados Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odonológico 2-Exame Radiológico 3-Odontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1174,00 47-Total Franquia / Co-participação R\$ 02102225 / 000104

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as obrigações 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(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional assistente, o valor que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Dados Local e Assinatura Conselho Dentista Solicitante 51-Dados Local e Assinatura do Conselho Dentista 52-Dados Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados Local e Assinatura do Profissional - CFP 0261002