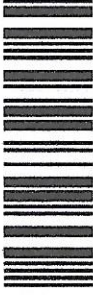


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

606811
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 02/10/2012	4-Data de Autorização 09/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8771929	7-Data Validade da Senha 30/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
11-Data Validade da Carteira 11/11/11	10-Empresa PHLORINEA IND E COM DE
15-Nome do titular do plano TATIANA GOMES LIMA	14-Telefone (11) 3029-1182
13-Nome AIRTON OLIVEIRA LIMA	
9-Plano POS REDE PRESTADORA	
03/10/1954	

16-Atendimento a RN IRANI XAVIER DE SOUZA		18-Número no CRO 9636		19-UF DF		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13181860319104		22-Nome do Contratado Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		23-Número no CRO 9636		24-UF DF	
26-Nome do Profissional Executante IRANI XAVIER DE SOUZA		27-Número no CRO 9636		28-UF DF		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Cláusula 42-Avaliação
1-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/2012	2
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/2012	2
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/2012	2
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	1	30/09/2012	2
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1144,00	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 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 09/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente / Responsável 09/10/2012
---------------	---	---	--