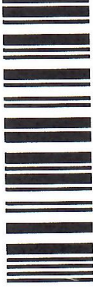


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



413988
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 07/11/2012		4-Data de Autorização 12/04/2012		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8031996		7-Data Validade da Sanha 05/02/2012	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0020251050600981803				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			
13-Nome ISABELLA VICTORIA COSTA BORBA				15-Data de Nascimento 15/11/2005				14-Teléfono (11) 25249332			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		18-Número no CRO 118811		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43882232803		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		23-Número no CRO 118811		24-UF SP		25-Código CNES		26-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		37		O		1		6100	
2-001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA		27		O		1		6100	
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
		1-1		1-1		1-1		1-1		1-1	

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
24/11/2012

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/11/2012

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
24/11/2012

53-Data, local e Carimbo da Empresa