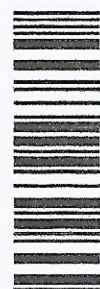


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Cota de Emissão da Guia 10/6/11 01/2/11 4-Data de Autorização 12/6/11 01/2/11 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9148020 7-Data Validade da Semana 10/4/11 01/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/1/0/5/5/0/6/0/1/2/1/2/3/0/2/1 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome FRANCISCO BISPO DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RM 17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 18-Número no CRO 134645 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03/2/0/1/3/0/8/0/0/5 22-Nome do Contratado Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 23-Número no CRO 134645 24-UF SP 25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200 26-Nome do Profissional Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA 27-Número no CRO 134645 28-UF SP 29-Código CBO S (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fee	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	12	PI	1	8 8 10 0	0,00	0,00	0,00	10/10/11	
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	22	IP	1	8 8 10 0	0,00	0,00	0,00	10/10/11	
3-0												
4-0												
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												
16-0												
17-0												
18-0												
19-0												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Agência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 7 6 0 0 47-Valor Total R\$ 0,00 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 (c/c) 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-Digito local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Digito local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Digito local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Digito local e Carimbo da Empresa

Estefânia Gunzel
Cirurgiã Dentista
CROSP 134645