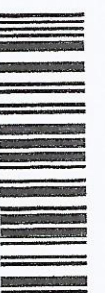


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



758934
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 4-Data de Autorização 12/07/11 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9224431 7-Data Validade da Senha 12/04/11 12/12/11

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020251051051060112123021 9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira 12/07/11 12/12/11

12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome FRANCISCO BISPO DE SOUZA 30/05/1952

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do Titular do plano SEBASTIANA MARIA FELIZARDO DE SOUZA

16-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Admissão a TN N 17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA

18-Número no CRO 134645 19-UF SP

20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora, CNPJ, CPF 032011308005 22-Nome do Contratado Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA

23-Número no CRO 134645 24-UF SP

25-Código CNES 26-Código CBO S

27-Número no CRO 134645 28-UF SP

29-Código CBO S

30-Franchise/Co-participação R\$

31-Aut. 40-Data de Realização 30/11/11

41-Motivo da Guia 42-Valor

30-Tubula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut.	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Valor
1-00	85400246	ÓRTESE MORRELLAXANTE	1	672	00	0,00	5,30	11/11	21			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dia Próximo Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirúrgica 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 672,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franchise / 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora e 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 30/11/11 Estefania Guntzel 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 30/11/11 Estefania Guntzel 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/11/11 53-Data, local e Carimbo da Empresa 30/11/11 Cirurgia-Dentista CROSP 134645

Dra. Estefania Guntzel