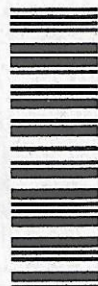


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



2440562
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/06/08 4-Data de Autorização 12/06/08 5-Sentia AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 14295490 7-Data Validade da Sentia 12/05/10 8-Data Validade da Sentia 12/05/10

8-Número da Sentia 0101201250427036000050003 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa EMPRESA MUNIC DE 11-Data Validade da Sentia 12-Data Validade da Sentia 13-Nome RAFAELA LACERDA CORREA ALVES 22/04/2003 14-Telefone 15-Nome do titular do plano RICARDO KENNEDY ALVES

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 18-Número no CRO 73946 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 23-Número no CRO 73946 24-UF SP 25-Código ONES 26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA 27-Número no CRO 73946 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentur/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1-00	1810000057	CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1	1	34,00	0,00			12/06/08	25	Rafaela
2-00	085200034	TRATAMENTO EM	16	1	1	8,00	0,00			12/06/08	25	Rafaela
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	1-1-Total	2-Parcial	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia - Co-participação R\$	
									142,00	10,00		

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: 81000057: PACIENTE COM DOR EM REGIÃO DOS DENTES 161718 REALIZADO TRATAMENTO DE ABSCESSO MEDICACAO E ORIENTACOES PARA O TRATAMENTO ELETIVO. Justificativa: 86200034: PACIENTE COM DOR EM REGIÃO DOS DENTES 161718 REALIZADO TRATAMENTO DE ABSCESSO MEDICACAO E ORIENTACOES PARA O TRATAMENTO ELETIVO.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Paciente VIVIAN CARLA C. NEIVA 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável RICARDO KENNEDY ALVES 53-Data, local e Carimbo da Empresa Estética Orolfacial