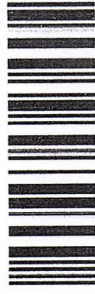


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

368100
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Conta
13/01/11 11/20

6-Número da Guia Principal
7840400

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
10/11/09 11/20

3-Data de Emissão da Guia
10/11/09 11/20

Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1010202506065700425005

11-Data Validade da Carteira
11/11/11 11/20

15-Nome do titular do plano
PAULO DE SOUZA

10-Empresa
CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA

14-Telefone
() - - - - -

18-Número no CRO
112913

19-UF
SP

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

22-Nome do Contratado Executante
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA

23-Número no CRO
112913

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA

27-Número no CRO
112913

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Quantidade US
37-Valor

33-Dente/Região
34-Fraco

35-Qtd
36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

43-Data Previsão Término do Tratamento
12/11/09 11/20

44-Tipo de Atendimento
1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1- Total 2- Parcial

46-Total Quantidade US
3 0 0 0 0 0 0

47-Valor Total R\$
10 10 0 0

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/09 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira

51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/11/09 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira

52-Data, local e Assinatura 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.

53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/11/09 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira

54-Data, local e Assinatura 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.

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/11/09 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira

56-Data, local e Assinatura 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.

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado
11/11/09 11/20 Suellem Mezzette de Oliveira