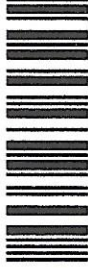


Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/2011	4-Data de Autorização 06/11/2012	5-Sintra AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8027584	7-Data Validade da Sintra 03/02/2011	412898
8-Número da Carteira 0020202523923700037802						
9-Plano POS REDE PRESTADORA						
10-Empresa G2C ADMINISTRADORA DE						
11-Data Validade da Carteira 11/11/11						
12-Número do Cartão Nacional de Saúde						
13-Nome PEDRO REZENDE RODAS DE CARVALHO						
14-Telefone (11) 11111111						
15-Nome do titular do plano CRISTIANI REZENDE RODAS						

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS		18-Número no CRQ 132199		19-UF SP		20-Código CBO S		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1278147533871		22-Nome do Contratado Executante LUCIMARA DOS SANTOS		23-Número no CRQ 132199		24-UF SP		25-Código CINES			
26-Nome do Profissional Executante LUCIMARA DOS SANTOS		27-Número no CRQ 132199		28-UF SP		29-Código CBO S					

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																				
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura								
1-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6100		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
2-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6100		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
3-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6100		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
4-000815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	6100		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
5-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3500		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
6-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3500		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
7-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3500		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
8-000814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3500		0,00	S	01/11/2012		Pedro								
9-000000000000																				
10-000000000000																				
11-000000000000																				
12-000000000000																				
13-000000000000																				
14-000000000000																				
15-000000000000																				

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela	46-Total Quantidade US 38400	47-Valor Total R\$ 000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000
--	--	---	---------------------------------	---------------------------	--

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(ram) 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 11/10/11/11/2011 <i>Santos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/11/11/2011 <i>Santos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/11/11/2011 <i>Pedro</i>	53-Data, local e Contribuição da Empresa 11/10/11/11/2011
---	---	--	--

Lacimara dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO - 132199
CPF: 278.475.330-71