



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/11 4-Data de Autorização 12/05/11 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8063919 7-Data Validade da Sentença 11/06/10 421513 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020202533171900000102

13-Nome CLEBERSON LOPES DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante JULIANA LEITÃO GOMES SA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 109215973710 22-Nome do Contratado Executante JULIANA LEITÃO GOMES SA

26-Nome do Profissional Executante JULIANA LEITÃO GOMES SA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Fraco	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAZZ	47	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
3-00	8100421	RX PERIAPICAL	RMID	1	1	14,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
4-00	82000859	EXODONTIA DE RAZZ	46	1	1	73,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
5-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
6-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
7-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
8-00	8530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	11/08/11	12/02/10	WEMILLY RANSHELLY SILVA MARQUES
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-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 318,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Fratura/Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometo-me a cumprir a execução do tratamento, comprometendo-me 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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solidário 12/05/11 11/12/10 Cirurgia Dentista CPO-TO 1153 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/11 11/12/10 Cirurgia Dentista CPO-TO 1153 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/05/11 11/12/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/11 11/12/10

Leitão & Gomes Ltda 36.006.084/0001-18