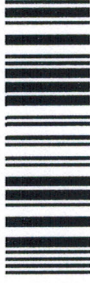




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/11 01/12/10	4-Data de Autorização 12/11/11 01/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7965493	7-Data Validade da Senha 11/01/11 01/12/11	397580 INTERCÂMBIO
Dados do Beneficiário						
8-Número da Carteira 0002025105506018708011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ELSON GARCIA DOS SANTOS LEITE JUNIOR						
14-Telefone () - - - - -						
15-Nome do titular do plano ELSON GARCIA DOS SANTOS LEITE JUNIOR						
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VITAE ODONTO	18-Número no CRO 84090	19-UF SP	20-Código CBO S 10	25 - Faturar Empresa	025 - Enviar - RX (I) 82001286-18 (I) 82001286-28 (I) 82001286-38
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1702261989101011	22-Nome do Contratado Executante TACYANE PETROLI ALBERICI	23-Número no CRO 84090	24-UF SP	25-Código CNES		
26-Nome do Profissional Executante TACYANE PETROLI ALBERICI	27-Número no CRO 84090	28-UF SP	29-Código CBO S			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US
1-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES	18	1	1	1	361000
2-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES	28	1	1	1	361000
3-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES	38	1	1	1	361000
4-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
5-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
6-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
7-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
8-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
9-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
10-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
11-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
12-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
13-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
14-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
15-0018200112816	REMOÇÃO DE DENTES					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência						
45-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00			

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

Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa