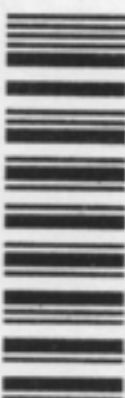


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/11/03	4-Data de Autorização 13/11/03	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9747255	7-Data Validade da Serha 12/09/06	929284 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 00202510550601215901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MICHEL SOUZA GARCIA		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do Bulvar do plano MICHEL SOUZA GARCIA
16-Data do Contrato Responsável pelo Tratamento 29/04/1986				

17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES	18-Número no CRO 72296	19-UF SP	20-Código CRO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24719336884	22-Nome do Contratado Esclarecido IRAMARA FELIX PIRES	23-Número no CRO 72296	24-UF SP
25-Nome do Profissional Esclarecido IRAMARA FELIX PIRES	26-Número no CRO 72296	27-UF SP	28-Código CNES 29-Código CRO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Az	40-Data de Realização	41-Motivo da Oclus	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			13/11/03		M. Ch.
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			13/11/03		M. Ch.
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			13/11/03		M. Ch.
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			13/11/03		M. Ch.
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			13/11/03		M. Ch.
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Revisão Termino do Tratamento 13/11/03	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 1178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	-----------------------------------	-----------------------------	---

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

CRO-SP 26272

CRO-SP 26272

Cirurgiã Dentista

Cirurgiã Dentista

Dra. Iramara Felix Pires

Dra. Iramara Felix Pires

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante
13/11/03

51-Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista
13/11/03

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/11/03 M. Ch.

53-Data, local e Cartão da Empresa