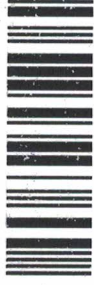


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

764532
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/11 11/12/11	4-Data de Autorização 10/18/11 11/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9242439	7-Data Validade da Senha 13/01/01 11/12/12
8-Número da Carteira 10/02/02 05/10/05 06/01/06 06/02/06 06/03/06 06/04/06 06/05/06 06/06/06 06/07/06 06/08/06 06/09/06 06/10/06 06/11/06 06/12/06 07/01/07 07/02/07 07/03/07 07/04/07 07/05/07 07/06/07 07/07/07 07/08/07 07/09/07 07/10/07 07/11/07 07/12/07 08/01/08 08/02/08 08/03/08 08/04/08 08/05/08 08/06/08 08/07/08 08/08/08 08/09/08 08/10/08 08/11/08 08/12/08 09/01/09 09/02/09 09/03/09 09/04/09 09/05/09 09/06/09 09/07/09 09/08/09 09/09/09 09/10/09 09/11/09 09/12/09 10/01/10 10/02/10 10/03/10 10/04/10 10/05/10 10/06/10 10/07/10 10/08/10 10/09/10 10/10/10 10/11/10 10/12/10 11/01/11 11/02/11 11/03/11 11/04/11 11/05/11 11/06/11 11/07/11 11/08/11 11/09/11 11/10/11 11/11/11 11/12/11 12/01/12 12/02/12 12/03/12 12/04/12 12/05/12 12/06/12 12/07/12 12/08/12 12/09/12 12/10/12 12/11/12 12/12/12					
9-Piano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11					
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
13-Nome ALDREY IALA AVILA					
14-Telefone (11) 1111-1111					
15-Nome do titular do plano ELIANA CAMARGO DOS REIS					
16-Atendimento a RN RICARDO FERRARESI					
17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARESI					
18-Número no CRO 61320					
19-UF SP					
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11321924031839					
22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARESI					
23-Número no CRO 61320					
24-UF SP					
25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARESI					
27-Número no CRO 61320					
28-UF SP					
29-Código CBO S					
30-Tabela					
31-Código do Procedimento					
32-Descrição					
33-Dente/Região					
34-Faixa					
35-Qtd					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franchise/Co-participação R\$					
39-Aur					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Cláusula 42-Assinatura					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo do Atendimento					
45-Tipo do Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/11 11/12/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 08/11/11 11/12/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/11 11/12/11	53-Data, local e Carimbo de Empresa RICARDO FERRARESI CD. PERIODONTISTA CRO-SP 61320
--	--	--	---