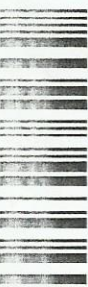




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2. Nº



1- Registro ANS 406414 3- Data de Emissão da Guia 10/04/10 6/12/10 4- Data de Autorização 11/08/10 6/12/10 5- Setor AUTORIZADO 7- Data Validação da Guia 10/12/10 9/12/10 8- Número da Guia Principal 7614764 320722 INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 10/02/02 5/27/91 14/7/00 0/0/11 11/10/11 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa LEJ INTERMEDIACAO S A 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

ANDREIA SANTOS DE MOURA GALVAO 14- Telefone () 15- Nome do titular do plano ANDREIA SANTOS DE MOURA GALVAO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN 17- Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18- Número no CRO 55535 19- UF SP 20- Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 (1) 85100200

21- Código de Operadora / CNPJ / CPF 11/56/8911451807 22- Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23- Número no CRO 55535 24- UF SP 25- Código CNES (1) 85100200 (1) 85100200

26- Nome do Profissional Executante

LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27- Número no CRO 55535 28- UF SP 29- Código CBO S (1) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 6 5			1	3 4 10 10			1	13/06/10		Luciane
2-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 10 10			1	13/06/10		Luciane
3-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 10 10			1	13/06/10		Luciane
4-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 10 10			1	13/06/10		Luciane
5-0	0	8 5 3 0 0 0 4 7			1	3 6 10 10			1	13/06/10		Luciane
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 10 10			1	13/06/10		Luciane
7-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	8 8 10 10			1	13/06/10		Luciane
8-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	8 8 10 10			1	13/06/10		Luciane
9-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0			1	8 8 10 10			1	13/06/10		Luciane
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista 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 15 0 3 10 0 47- Total Franquia / Co-participação R\$ 02102275/00017100

48- 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 obrigações do profissional assinante 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, a taxa de adesão e os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Carilto Rapini

CRPSP 119606

18/06/10

18/06/10

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

18/06/10

18/06/10

18/06/10

18/06/10