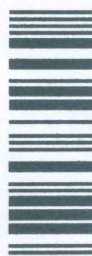




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/3/10 8/12/10 4-Data de Autorização 12/4/10 8/12/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7813358 7-Data Validade da Senha 12/1/11/12/10

362332

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202509784001881701 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALICORP ADMINISTRADORA DE 11-Data Validade da Carteira 12/1/11/12/10 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome KATIA DE ANGELIS LOBO DAVILA 29/01/1973 14-Telefone (11) 557614848 15-Nome do titular do plano KATIA DE ANGELIS LOBO DAVILA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR 18-Número no CRO 30136 19-UF SP 20-Código CBO S 10 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 104450751809 22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO 23-Número no CRO 30136 24-UF SP 25-Código CNES 0185100200 26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO 27-Número no CRO 30136 28-UF SP 29-Código CBO S 0185100200 30-Franchisa/Co-participação R\$ 39-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	32	VD	1	8 8 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
2-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	33	VD	1	8 8 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
3-0	0	8 5 1 0 0 2 0 0	34	MV	1	8 8 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	13	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	14	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	16	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	44	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	46	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
9-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	41	VLM	1	12 12 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	23	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	24	V	1	6 1 10 10	0,00	0,00	1	12/4/10	12/12/10	
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 8 13 10 0

47-Valor Total R\$ 0,00

48-Total Franchisa / 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 no 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

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

12/5/10 08/12/10

A.R. Odontologia Bem Estar

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

12/5/10 08/12/10

A.R. Odontologia Bem Estar

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/5/10 08/12/10

A.R. Odontologia Bem Estar

53-Data, local e Carimbo da Empresa