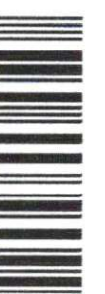




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão do Guia 11/06/2011 12:51	4-Data de Autorização 11/06/2011 12:51	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13406832	7-Data Validade da Santa 11/06/2014 12:51
--------------------------	--	---	-----------------------	--	--

2171593
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 100202025547208000512011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY MINAS GERAIS LTDA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número da Carteira Nacional da Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---

13-Nome SABRINA RAQUEL RIBEIRO DE OLIVEIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano SABRINA RAQUEL RIBEIRO DE OLIVEIRA
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC CONTAGEM
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1021271980001102	22-Nome de Contratação Executante ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E
26-Nome do Profissional Executante RAIMUNDO NONATO STEHLING FILHO	27-Número no CRO 7491
18-Número no CRO 7491	19-UF MG
23-Número no CRO 7491	24-UF MG
25-Código CNES 2154838	26-Código CBO S 09
Faturar Empresa Enviar - RX (0) 81000405	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados									
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Data Regio	34-Faz	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut
1-00	8100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1	78,00	0,00	5116,01	25	
2-									
3-									
4-									
5-									
6-									
7-									
8-									
9-									
10-									
11-									
12-									
13-									
14-									
15-									

43-Dado Paciente: Termino do Tratamento 16/06/11	44-Tipo de Atendimento 2-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento X-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 78,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franchise / Co-participação R\$ 25
---	--	---	---------------------------------	-----------------------------	--

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(ram) realizado(s) no meu estabelecimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, no 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

0 - Raimundo Nonato Stehling
CNPJ 7491

50-Dado Local e Assinatura do Solicitante Dentista Solitante 16/06/11	51-Dado Local e Assinatura do Solicitante Dentista 16/06/11	52-Dado Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/11	53-Dado Local e Assinatura da Empresa 16/06/11
--	--	--	---

ODC
CNPJ 7491
A.
1-02