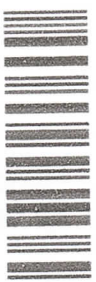


life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



462832
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Dia de Emissão da Guia 12/01/2011		4-Dia de Autorização 11/11/11		5-Sinthe PENDENTE DE LIBERAÇÃO		6-Valor da Guia Principal 462832		7-Dia Validade da Sinthe 12/01/2011	
8-Dados do Beneficiário Nome da Criança 0002025060657002131021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA		11-Dia Validade da Carteira 11/11/11		12-Valor da Guia Nacional de Saúde			
3-Nome SIMONE MOREIRA LIMA PERUTTE TASSE		09/04/1986		14-Telefone () 0000000000		15-Nome do titular do plano ANDERSON HENRIQUE DE ALMEIDA TASSE					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA NANTES LTDA - ATENDIMENTO DE URGENCIA/E		22-Nome do Contratado Executante SERGIO ROBERTO MORAES DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 31186		19-UF SP		20-Código CBO S 01	
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 0041128353809		23-Número no CRO 31186		24-UF SP		25-Código CNES		26-Número no CRO 31186		27-UF SP	
28-Nome do Profissional Executante SERGIO ROBERTO MORAES DE OLIVEIRA											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-1-Descrição 31-Código do Procedimento		32-Descrição 33-Fonte/Região		34-Preço		35-Cob.		36-Quantidade US		37-Avaliar	
1-00081000057		CONSULTA ODONTOLÓGICA DE		1		34		00		00	
2-00082001030		INCISÃO E DRENAGEM INTRA-		1		8		00		00	
3-00000000000											
4-00000000000											
5-00000000000											
6-00000000000											
7-00000000000											
8-00000000000											
9-00000000000											
10-00000000000											
11-00000000000											
12-00000000000											
13-00000000000											
14-00000000000											
15-00000000000											
43-Dia Previsão 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 142,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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(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 que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.											
49-Cancelamento											
50-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 26/01/11		51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/01/11		52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/11		53-Dia, local e Carimbo da Empresa					

1. Sérgio Roberto Moraes de Oliveira
Cirurgião Dentista
RG 12.106.292-2
CRD SP-31186
00764-7172

Finland

OK B