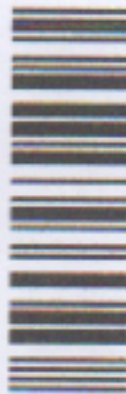


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



22

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 13/01/12 12:14		5-Serviço AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13358566		7-Data Validade da Sanha 13/01/03 11:25		2154338 INTERCÂMBIO	
8-Número da Carteira 000202025120451900001011		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde			
13-Nome NATASHA DA SILVA MACEIO		14-Tipo de Tratamento 02/05/1997		15-Nome do titular do plano NATASHA DA SILVA MACEIO							
16-Mandato e RN N		17-Nome do Profissional Solicitante SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS		18-Número no CRO 37075		19-U.F. RJ		20-Código CBO S 09			
21-Código na Operadora / CNPJ / CNP 126033386000121		22-Nome do Contratado Excludente GH IMAGENS ODONTOLÓGICAS LTDA		23-Número no CRO 37075		24-U.F. RJ		25-Código CNES 9114017			
26-Nome do Profissional Excludente GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 37075		28-U.F. RJ		29-Código CBO S		Faturar Empresa Enviar - RX (R) 81000405			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dento/Begão		34-Face			
1-000181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		RMIE		1178000		00000			
2-000181000421		RX PERIAPICAL				114000		00000			
3-000000000000											
4-000000000000											
5-000000000000											
6-000000000000											
7-000000000000											
8-000000000000											
9-000000000000											
10-000000000000											
11-000000000000											
12-000000000000											
13-000000000000											
14-000000000000											
15-000000000000											
43-Data Prescrição Termino do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 192100		47-Valor Total R\$ 00000000			
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 00000000											
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), 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 11/11/11											
51-Data, local e Assinatura do Responsável Técnico / Responsável 04/01/12											
52-Data, local e Assinatura do Responsável Técnico / Responsável 04/01/12											
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11											

<http://www.elsevier.com/locate/jmb>

SK Imagens Odontológicas
SK Imagens Odontológicas
26 033.386/0001-24