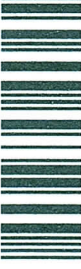


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



301188
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/2013	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7481062	7-Data Validade da Senha 11/06/2013
--------------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0001202520199400007201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA LOJA 9	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome CRISTIAN JAVIER CRISTANI	14-Telefone () / /	15-Nome do titular do plano CRISTIAN JAVIER CRISTANI
-------------------------------------	------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANDERSON COUTINHO FELICIO	18-Número no CRO 14941	19-JUF SC	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	---------------------------	--------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 127713232818	22-Nome do Contratado Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	23-Número no CRO 14941	24-JUF SC	25-Código CINES Enviar - RX (I) 81000421-
---	---	---------------------------	--------------	---

26-Nome do Profissional Executante ANDERSON COUTINHO FELICIO	27-Número no CRO 14941	28-JUF SC	29-Código CBO S
---	---------------------------	--------------	-----------------

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 Cláus 42-Assinatura
1-0018100000301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				12/04/2013	
2-00181000001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00				12/04/2013	
3-00181000001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00				12/04/2013	
4-00181000001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00				12/04/2013	
5-00181000001981		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00				12/04/2013	
6-00181000004211		RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00				12/04/2013	
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data 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 188,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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(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 Soliciante 12/04/2013 Dr. Anderson Coutinho Felício CRO-SC 14941	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/04/2013 Dr. Anderson Coutinho Felício CRO-SC 14941	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/04/2013 Cristian Javier Cristani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/2013 Clinica Geral CRO-SC 14941
--	---	--	--