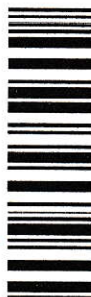


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



395627
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Gui 11/11/2010	4-Data de Autorização 15/11/2010	5-Serina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7957244	7-Data Validade da Sanha 12/10/2011
8-Número da Carteira 00202530808000001011			9-Plano FOS REDE PRESTADORA		
10-Data Validade da Carteira 11/11/2011			11-Número do Cartão Nacional de Saúde		
12-Nome JUSLAIDE NOBRE DOS SANTOS					
13-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento 11/08/1979					
14-Endereço 14-Telefone					
15-Endereço 15-Telefone					
16-Endereço 16-Telefone					
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODOC					
18-Número no CRO 12838					
19-UF MG					
20-Código CBO S 09					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1742252516911111					
22-Nome do Contratado Excludente ALMIRIO JOSE BORELI					
23-Número no CRO 12838					
24-UF MG					
25-Código CNES 581047					
26-Nome do Profissional Excludente ALMIRIO JOSE BORELI					
27-Número no CRO 12838					
28-UF MG					
29-Código CBO S (1) 8100421-RIS (1) 8100421-RPIE					
30-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd
1-0081000421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	14,00
2-0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE	1	1	14,00
3-0081000421					
4-0081000421					
5-0081000421					
6-0081000421					
7-0081000421					
8-0081000421					
9-0081000421					
10-0081000421					
11-0081000421					
12-0081000421					
13-0081000421					
14-0081000421					
15-0081000421					
43-Data de Término do Tratamento 24/11/2010					
44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Fraturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade U.S. 28,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/11/2010					
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2010					
53-Data, local e Cartão da Empresa 24/11/2010					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apreendidos, 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

ODONTODOC

INTERCÂMBIO