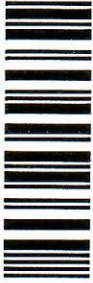


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



416285
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/01	4-Data de Autorização 11/19/11 11/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8041593	7-Data Validade da Senha 01/10/12 11/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020225230710100060203	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANGELA MARIA ZACCARON GHELLERE	14-Telefone (11) 3416514040	15-Nome do titular do plano EDIO NATAL GHELLERE			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-JUF SC	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	23-Número no CRO 8307	24-JUF SC	25-Código CNES	Enviar - RX (1) 81000405
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-JUF SC	29-Código CBO S		

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA	1		1	78,00	0,00		S	19/11/11	
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$						
			178,00	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(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-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/19/11 11/12/01	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/19/11 11/12/01	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/19/11 11/12/01	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/19/11 11/12/01
---------------	--	--	--	--

Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CBO 2507