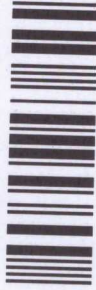




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

455074
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/10/11 12 11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8201622		7-Data Validade da Senha 15/10/11 12 11	
Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 0020253071780000103		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL		11-Data Validade da Carteira / / / / / /	
13-Nome ANDRE LUIS MOURA MACIEL		14-Telefone () / / / / / /		15-Nome do titular do plano LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL		16-Atendimento a RN DENTAL DOC		17-Número do Cartão Nacional de Saúde	
20-Código na Operadora / CNPJ / CPF 170539197068		21-Código do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO		22-Número no CRO 11316		23-Código CNES RS		24-UF RS	
25-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO		26-Número no CRO 11316		27-UF RS		28-Código CBO S 11316		29-Código CBO S 09	
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face	
1-00181000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA		35-Old		36-Quantidade US		37-Valor	
2-				1		78100		0100	
3-									
4-									
5-									
6-									
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 78100		47-Valor Total R\$ 0100	
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(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

Dentaldoc

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Marcete Martini Vianna EIRELI
CNPJ: 30249050/000176

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/8/10 11/12/11

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/8/10 11/12/11

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/8/10 11/12/11