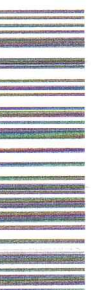




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
12/5/11 11/12/01

4- Data de Autorização
10/11/11 12/12/01

5- Série
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
8068368

7- Data Validade da Série
12/3/11 02/12/11

427386
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira

1010210215018835010021184011

9- P. ano

POS REDE PRESTADORA

10- Empresa

MADERO COMERCIO DE

11- Data / Validade da Carteira

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome

JUAN SANTOS LOPES

27/07/1992

14- Teletre

15- Nome do titular do plano

JUAN SANTOS LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Manutenção a PN

MARCELLA MARTINS DI NORONHA

18- Número no CRO

11497

19- UF

DF

20- Código CBO S

21- Código CNES

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 86100200
(1) 86100200

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF

85827533149111 MARCELLA MARTINS DI NORONHA

26- Nome do Profissional Exce. Jante

MARCELLA MARTINS DI NORONHA

22- Número no CRO

11497

28- UF

DF

29- Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabe a	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- DenomRegião	34- Fac 3	35- CBO	36- Qtd. unidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome do Oper. 42- Assinatura
1- 0 0 1	8 5 1 0 0 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	16	OM	1	18 8 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1
2- 0 0 1	8 5 1 0 0 2 0 0 1	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	18 8 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1
3- 1											
4- 1											
5- 1											
6- 1											
7- 1											
8- 1											
9- 1											
10- 1											
11- 1											
12- 1											
13- 1											
14- 1											
15- 1											
43- Data Previsto término do tratamento	44- Tipo de Atendimento	45- Tipo de Exame Radiológico	46- Total Quantidade US	47- Valor Total R\$	48- Total Franquia / Co-participação R\$						
01/11/2012	1- Tratamento Odontológico	2- Exame Radiológico	3- Ortopedia	4- Urgência/Emergência	1- Total 2- Parcial	1 1 7 6 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1	0 1 0 0 1

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) beneficiário(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- Observações

50- Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante

01/11/2012 00 Marcelle

51- Data, local e Assinatura do Contratado-Dentista

01/11/2012 00 Marcelle

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

01/11/2012 00 Juan Santos Lopes

53- Data, local e Cartão da Empresa

01/11/2012 00

Data: 01/11/2012
Assinatura: Marcelle
Carimbo: 11491