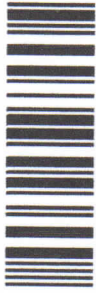


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

416766
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 11/11/11 11/12/10		4-Data de Autorização 11/11/11 11/12/10		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50205357		7-Data Validade da Senha 09/10/12 11/12/11									
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709803017030297									
8-Número da Carteira 000379994064303559		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa GRANIHIC SERVICES S		11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/12/11		15-Nome do titular do plano RUBENS PEREIRA SILVA											
13-Nome RUBENS PEREIRA SILVA		30/05/1984		14-Telefone (11) 11111111		19-UF BA		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa											
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										28-UF BA									
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		18-Número no CRO 19222		24-UF BA		25-Código CNES 19222											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 062221669506		22-Nome do Contratado Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		23-Número no CRO 19222		26-UF BA		27-Código CBO S 19222											
26-Nome do Profissional Executante ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS		27-Número no CRO 19222		28-UF BA		29-Código CBO S 19222		30-Quantidade US 34,00											
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor 34,00									
30-Tabella 1-00181000065		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		38-Franchisa/Co-participação R\$ 0,00									
2-1																			
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 11/11/12 11/12/12										44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial		46-Valor Total R\$ 34,00		47-Valor Total R\$ 34,00		48-Valor Total R\$ 34,00	

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), ocorreram 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
11/11/12 11/12/12
Dra. Aline Monteiro
Cirurgiã Dentista
CRO BA: 19222

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/11/12 11/12/12
Dra. Aline Monteiro
Cirurgiã Dentista
CRO BA: 19222

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/11/12 11/12/12
RUBENS PEREIRA SILVA

53-Data, local e Assinatura da Empresa
11/11/12 11/12/12
Pereira Silva