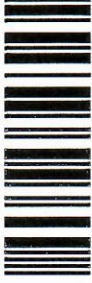


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

417298
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/2011	4-Data de Autorização 18/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8045895	7-Data Validade da Senha 10/02/2012
Dados do Beneficiário			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0020253222830000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira	13-Nome KAREN SUBTIL FORMIGA	14-Teléfono
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento			15-Nome do titular do plano KAREN SUBTIL FORMIGA		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS			23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS			27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Clota 42-Assinatura
1-0081000405		RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00		18/11/2011	Mariana F. Medeiros
2-											
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 78,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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(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 18/11/2011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/11/2011
---------------	---	---	---	---

Assinatura do Profissional Assistente
Mariana F. Medeiros
CNPJ 07.880.676/0001-70
Assinatura do Beneficiário
Karen Subtil Formiga