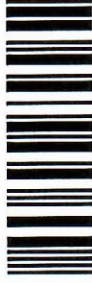


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

492028
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/05/10 03/12/11		4-Data de Autorização 11/11/10 03/12/11		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8359727		7-Data Validade da Sineta 03/10/16/12/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00020252020670000401		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA POSTO		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		13-Nome VITOR MARTINS PEREIRA		14-Teléfono () / / / / / /		15-Nome do titular do plano VITOR MARTINS PEREIRA	
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 1041181824189471		22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	
23-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		24-UF SC		25-Código CNES 8307		26-UF SC		27-Número no CRO 8307		28-UF SC		29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd		36-Quantidade US	
1-0001348				DOC ORTODONTICA "E"		1		313100		0100		S111/1013/1211	
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-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Valor Total R\$		49-Tipo de Faturamento	
/ / / / / /		1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência		1- Total 2- Parcial		313100		0100		0100		/ / / / / /	

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) na, 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	
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/10/13/11	
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/13/11	
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/13/11	
53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/13/11	

MM RAO-X - Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76
Dra. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307