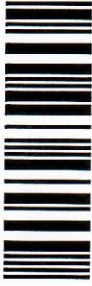


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

530366
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/10/2014		4-Data de Autorização 12/10/2014		5-Sineta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8510996		7-Data Validade da Sineta 12/10/2014	
8-Número da Carteira 000202025253071000040002											
9-Plano POS REDE PRESTADORA											
10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS											
11-Data Validade da Carteira 11/11/11											
12-Número do Cartão Nacional de Saúde											
13-Nome GESIANE BRASIL PARREIRA											
14-Telefone 20/05/1994											
15-Nome do titular do plano GUSTAVO MARQUES NUNES											
16-Atendimento a RN ODONTOIMAGEM											
17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA FERREIRA MEDEIROS											
18-Número no CRO 8307											
19-UF SC											
20-Código CBO S 09											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0041818241947											
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											
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 Glosa 42-Assinatura											
43-Data Previsão Término do Tratamento											
44-Tipo de Atendimento											
45-Tipo de Faturamento											
46-Total Quantidade US											
47-Valor Total R\$											
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
12/10/2014

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/2014

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/10/2014

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/10/2014

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