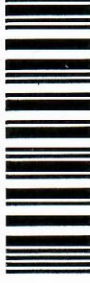




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-º

515966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/06/10 10/04/12 11	4-Data de Autorização 10/07/10 10/04/12 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8453558	7-Data Validade da Senha 10/05/10 17/12 11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10/02/02 05 25 30 71 01 00 04 52 03	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11 11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome FERNANDA NUNES FRAGA					
14-Telefone (11) 1111 1111					
15-Nome do titular do plano FERNANDO DE LARA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1041188248947		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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-001348		DOC ORTODONTICA "E"	1	31300	01
2-					
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 1313100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	---	-------------------------------	---

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) proce- to(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(foram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Anexo a Operadora a pagar em meu nome e por minha cor., 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 10/03/10 10/04/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/10 10/04/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/10 10/04/11	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/10 10/04/11
--	--	--	--

Dr. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307

Dr. Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307