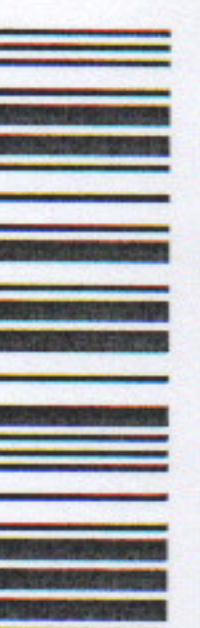


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/10/15/12/13	4-Data de Autorização 11/08/10/15/12/13	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 11233280	7-Data Validade da Senha 11/06/10/18/12/13	1455373 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---	------------------------

8-Número da Carteira 00020251975377000392011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa A ANGELONI & CIA LTDA ADM 01	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome FRANCIELY ADENISIA VIEIRA CABREIRA	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FRANCIELY ADENISIA VIEIRA CABREIRA
---	------------------------------	---

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- Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000405
--------------------------	---	--------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 171862615000176	22-Nome do Contratado Executante MM RAO X RADIOLOGIA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES 6725236
--	---	--------------------------	-------------	---------------------------

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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	08100405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		178,00		0,00		15/05/23		
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-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1,11
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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(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 12/05/12	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/05/12	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 12/05/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/05/23
---	---	---	---

MM RAO X Radiologia Odontológica Ltda.
CNPJ 07.862.615/0001-76

Dra Mariana F. Medeiros
Responsável Técnica - CRO 8307