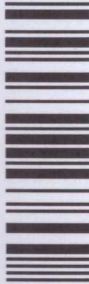




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

435081
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/04/11 12/20		4-Data de Autorização 12/5/11 01/12/11		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8119764		7-Data Validade da Senha 10/04/11 03/12/11		2-Nº	
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 10/02/202530717180000010102													
13-Nome CLAUDIA TATIANE PEREIRA MOURA													
11-Data Validade da Carteira 11/05/1975													
10-Empresa LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL													
15-Nome do titular do plano LUIS ANDRE DA SILVA MACIEL													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento													
16-Atendimento a RN DENTAL DOC													
17-Nome do Profissional Solicitante													
21-Código da Operadora / CNPJ / CPF 17015391197068													
22-Nome do Contratado Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO													
26-Nome do Profissional Executante GABRIELA DE LIMA E SILVA CARVALHO HYPOLITO													
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados													
30-Tabela 31-Código do Procedimento 1-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
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													
1-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
2-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
3-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
4-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
5-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
6-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
7-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
8-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
9-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
10-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
11-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
12-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
13-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
14-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
15-0018100405 RADIOGRAFIA PANORÂMICA													
43-Data Previsto 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(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

12/5/11 01/12/11

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

12/5/11 01/12/11

53-Data, local e Assinatura da Empresa

12/5/11 01/12/11

Odontolife

Marcelo Martini Vianna FRIEL
CNPJ: 30249050/0001-18