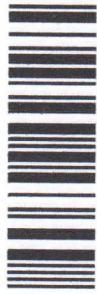




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

430467
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
13/01/2012

4-Data de Autorização
10/08/2012

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
8101166

7-Data Validade da Senha
12/08/2012

8-Número da Carteira
10010210252259760100061502

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
PATRICIA BOMFIM SILVA PINTO

14-Telefone
(11) 11111111

15-Nome do titular do plano
RUBEM DE SOUZA PINTO

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
10612122161950161111

22-Nome do Contratado Executante
ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS

26-Nome do Profissional Executante
ALINE MONTEIRO LEITE DOS SANTOS

30-Tabela
1-1001851010200RESTAURAÇÃO RESINA

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente/Região
36 VD1

34-Face
VD

35-Old

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut
S1081212

40-Data de Realização

41-Motivo da Gênes 42-Assinatura

43-Data Previsão término do Tratamento
08/12/12

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US
881010

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
08/12/12 P. Aline Monteiro
Cirurgiã - Dentista
CRO BA - 19222

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável
08/12/12 P. Rubem de Souza Pinto
CRO BA - 19222

52-Data, local e Carimbo da Empresa

53-Data, local e Carimbo da Empresa

54-Data, local e Carimbo da Empresa

DECLARAÇÃO

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.