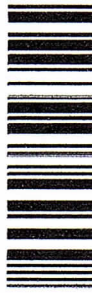


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

389101
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 03/11/2010		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7930656		7-Data Validade da Sanha 01/10/2011		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 010202504908500784203		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa POSITIVO INFORMATICA S A		11-Data Validade da Carteira		13-Nome MILNE MATTOS RIBEIRO		15-Nome do Titular do plano MILTON MANOEL PINTO RIBEIRO	
13-Nome MILNE MATTOS RIBEIRO		14-Teléfono (11) 37061732		16-Número no CRO 24111		19-UF RJ		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			
17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		23-Número no CRO 24111		24-UF RJ		25-Código CNES			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 085715160672		26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO ROCHA PEREIRA		27-Número no CRO 24111		28-UF RJ		29-Código CBO S			
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA		46		O		1	
2-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA		36		O		1	
3-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA		17		O		1	
4-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
5-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
6-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
7-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
8-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
9-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
10-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
11-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
12-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
13-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
14-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
15-00085100196				RESTAURAÇÃO RESINA							
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/10/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	
46-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		48-Taxa de Franquia R\$		49-Valor Total R\$		50-Valor Total R\$		51-Valor Total R\$	
46-Valor Total R\$		47-Valor Total R\$		48-Taxa de Franquia R\$		49-Valor Total R\$		50-Valor Total R\$		51-Valor Total 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 pagar em meu nome e por minha conta, ao 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solidante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Cartão da Empresa