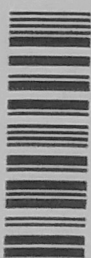


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



INTERCAMBIO

354929

1-Registro AIB 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/11/08 4-Data de Autorização 11/11/08 5-Sentença PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 354929 7-Data Validade da Sentença 10/9/11 11/12/10

8-Número da Carteira 10037000000030769356 9-P plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa QUALVIDA COMAER 11-Data Validade da Carteira 11/11/08 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700103901165219

13-Nome JOSE LUIZ FERREIRA DA SILVA 14-Teléfono 15-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados 08/09/1962 16-Nome do Titular do plano JOSE LUIZ FERREIRA DA SILVA

17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 18-Atendimento a RN 19-Número no CNO 35861 20-Código CBO 8 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 110654179778 22-Nome do Contratado Exatante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 23-Número no CNO 35861 24-UF RJ 25-Código CNE 8 26-Nome do Profissional Exatante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 27-Número no CNO 35861 28-UF RJ 29-Código CBO 8

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-Moeda de Conta 42-Assinatura
1-00	81010049	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		N		
2-00	85300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO	37	1	1	8,00	0,00		N		
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Convencional 2-Exame Radiológico 3-Consultoria 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 142,00 47-Valor Total R\$ 10,335694/0001-71 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00

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.

48-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário 11/11/08 51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/08 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/ Responsável 11/11/08 53-Data, local e Campo da Empresa 11/11/08