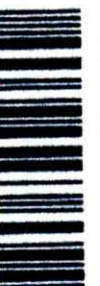




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



413693
INTERCÂMBIO

1- Registro AOS 406414 2- Data de Emissão da Guia 06/11/2012 3- Data de Autorização 06/11/2012 4- Sanha AUTORIZADO 5- Número da Guia Principal 50204424 6- Data Validade da Sanha 04/02/2013

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira 003700000014488224 9- Plano POS REDE PRESTADORA 10- Empresa BIOMETA SOCIOAMBIE 11- Data Validade da Carteira 12- Número do Cartão Nacional de Saúde 701100826877380

13- Nome MAURO LOPES DE SOUZA 18/10/1952 14- Telefone 15- Nome do titular do plano VERA LUCIA RIBEIRO REGIS LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE 17- Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE 18- Número no CNO 46409 19- UF RJ 20- Código CBO S 801 - Faturar Empresa Enviar - RX 21- Código na Operadora / CNPJ / CPF 13383773701 22- Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE 23- Número no CNO 46409 24- UF RJ 25- Código ONES 26- Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LA QUINTANA VIDAURRE 27- Número no CNO 46409 28- UF RJ 29- Código CBO S

Piano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Freq	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Monto da Guia	42- Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	6	5				
2-0	0	8	5	1	0	0	2	1	8			
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43- Data Previsto Término do Tratamento 06/12/2012 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial 46- Total Quantitativo US 156,00 47- Valor Total R\$ 0,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, 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 Opredora 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 06/11/2012 Fernando da R. O. N. 51- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012 X 52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/11/2012 X 53- Data, local e Carimbo da Empresa