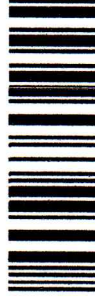


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

374682
 INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
 1 3 / 1 1 2 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
 50191092

5-Senha
 AUTORIZADO

4-Data de Autorização
 1 4 / 1 0 9 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
 1 4 / 1 0 9 / 1 2 0

1-Registro ANS
 406414

8-Número da Carteira
 0 0 3 7 0 0 0 0 1 6 0 3 3 2 0 8

10-Endereço
 SH TREINAMENTOS LT

11-Data Validade da Carteira
 700002594056507

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
 MONICA HADBA

14-Telefone
 () / /

15-Nome do titular do plano
 MONICA HADBA

16-Número no CRO
 17808

17-UF
 RJ

18-Número no CRO
 17808

19-UF
 RJ

20-Código CBO S
 801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
 7 2 0 3 8 6 3 2 7 1 5

22-Nome do Contratado Executante
 MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

23-Número no CRO
 17808

24-UF
 RJ

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
 MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

27-Número no CRO
 17808

28-UF
 RJ

29-Código CBO S

30-Tabela
 31-Código do Procedimento
 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 Gloriosa 42-Assinatura

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\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

54-Data, local e Assinatura da Empresa

55-Data, local e Assinatura da Empresa

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), 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.

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808

Mª Zita de S. de Andrade
 CRO 17.808