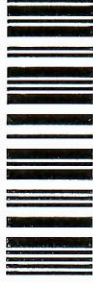


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AN

426385
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/14/11/11/2010	4-Data de Autorização 12/16/11/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8084144	7-Data Validade da Senha 12/12/10/12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00020202521694600048304	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAVI LUIZ CASEMIRCHAKI AMERICO	14-Telefone (11) 9162617409		15-Nome do titular do plano JUCELITO MOTA AMERICO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM	18-Número no CRO 8307	19-UF SC	20-Código CBO S 09	25-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 041882148947	22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS		23-Número no CRO 8307	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS	27-Número no CRO 8307	28-UF SC	29-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405	

30-Tabela		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-Motivo de Glosa
1-00181000405			RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			26/11/2010	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Tipo de Faturamento		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
		1-Tratamento Odontológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		178,00		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), 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.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/11/2010	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/11/2010	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/11/2010	53-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2010	54-Data, local e Carimbo da Empresa 26/11/2010
---------------	---	---	---	---	---