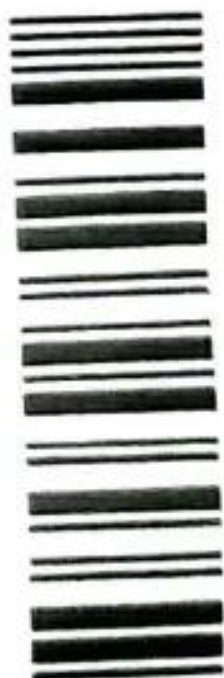




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
11/4/11 01/2/01

4-Data de Autorização
11/9/11 01/2/01

5-Senha
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7956405

7-Data Validade da Senha
11/2/10 11/2/11

395419
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10020251037380000003081

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
SSTP INVESTIMENTOS LTDA

11-Data Validade da Carteira
11/1/11 11/1/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
IVO ANTONIO MACHOWSKI MILESKI

01/05/1967

14-Telefone
(11) 308819250

15-Nome do titular do plano
RENATA MOURA MILESKI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
JOELMA CRISTINA TAVARES

18-Número no CRO
12909

19-UF
SC

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
06137201996

22-Nome do Contratado Executante
JOELMA CRISTINA TAVARES

23-Número no CRO
12909

24-UF
SC

25-Código CNES
(1) 85100200

Enviar - RX

26-Nome do Profissional Executante
JOELMA CRISTINA TAVARES

27-Número no CRO
12909

28-UF
SC

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glosa	42-Assinatura
1-0	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	38	MO	1	88,00	0,00	0,00	12/3/11	01/2/01		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-Totál 2-Parcial												
46-Totál Quantidade US												
88,00												
47-Valor Total R\$												
0,00												
48-Totál Franquia / Co-participação 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 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr. Henrique de O. Raposo

Especialista em Implantodontia

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/3/11 01/2/01

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/8/11 11/2/01

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/3/11 01/2/01

53-Data, local e Cartão de Entregador
CRO/SC 10175