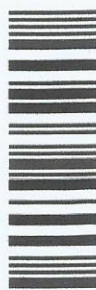


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 12/01/10 4-Data de Autorização 12/11/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7973982 7-Data Validade da Senha 11/8/10 8-Data Validade da Senha 11/8/10

399733
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0101202150606155001918301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número da Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANO GONCALVES DE OLIVEIRA 06/01/1978 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano CRISTIANO GONCALVES DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 18-Número no CRO 39372 19-UF MG 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPE 06312468607 22-Nome do Contratado Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 23-Número no CRO 39372 24-UF MG 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS 27-Número no CRO 39372 28-UF MG 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	00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00		0,00		11/01/2011		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00		0,00		11/01/2011		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00		0,00		11/01/2011		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00		0,00		11/01/2011		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	36,00		0,00		11/01/2011		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
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\$							
11/01/11	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	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), 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/01/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/2011 (Cristiano Gonçalves) 53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11 Ana Carolina Dias

Ana Carolina Dias
Ortodontia
CRO-MG 39372