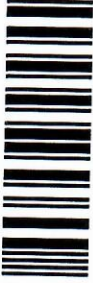


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º N.º



458224
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/01 11/12/11	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8213214	7-Data Validade da Sentença 12/01/01 14/12/11
Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0002025253071000046902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ELIANE S A REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DAIANE CRISTINA PEROVANO COELHO				
14-Telefone () 11 11 11 11 11 11				
15-Nome do titular do plano HENRIQUE DE SOUSA COELHO JUNIOR				
16-Mendicância a R/N N				
17-Nome do Profissional Solicitante ODONTOIMAGEM				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04188248947				
22-Nome do Contratado Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				
26-Nome do Profissional Executante MARIANA FERREIRA MEDEIROS				
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 Guia 42-Assinatura
1-00	81000421	RX PERIAPICAL	RM	SD	1	14,00	0,00	0,00	S	22/01/11	[Assinatura]
2-00	81000421	RX PERIAPICAL	RP	SD	1	14,00	0,00	0,00	S	22/01/11	[Assinatura]
3-00											
4-00											
5-00											
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											
43-Data Previsão 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\$						
11/11/11	1-1	1-Total 2-Parcial	28,00	0,00	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. Declara, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por m.º assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento, 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 Solidário	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
	[Assinatura]	12/01/11	[Assinatura]	12/01/11

ODONTOLIFE - Rede Odontológica Ltda.
CNPJ 07.962.615/0001-76
Rua Mariana F. Medeiros
Bairro: [] - CEP: []