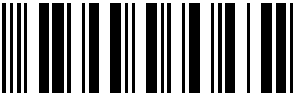




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2621440
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 1 / 0 1 / 2 6	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 2621440	7-Data Validade da Senha 0 1 / 0 4 / 2 6
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 1 0 2 7 2 2 0 0 2 2 7 8 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome NEUCILENE BENTES GATO 13/06/1971		14-Telefone (9 2) 9 1 6 8 - 4 2 7 8	15-Nome do titular do plano NEUCILENE BENTES GATO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 2 6 5 2 7 0 0 0 0 1 7 3	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA PINHEIRO DA SILVA	23-Número no CRO 5480	24-UF AM	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 5480	28-UF AM	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 Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0				N		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	1 4 , 0 0				N		
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	1 4 , 0 0				N		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 3 1 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	48-Total 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação O Beneficiário NEUCILENE BENTES GATO está desativado!			
--	--	--	--

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 Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--