

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



393185  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sênha  
10/17/10 11/12/11

6-Número da Guia Principal  
50198031

5-Sênha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
09/11/10 12/10

3-Data de Emissão da Guia  
09/11/10 12/10

1-Registro ANS  
406414

8-Número da Carteira  
0003799940620080611  
11-Data Validade da Carteira  
11/11/11  
12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
708004389034626

13-Nome  
ROSALIA ANTUNES DA SILVA VALLE  
14-Telefone  
( ) - - - - -  
15-Nome do titular do plano  
ROSALIA ANTUNES DA SILVA VALLE

16-Atendimento a RN  
N  
17-Nome do Profissional Solicitante  
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP  
18-Número no CRO  
20598  
19-UF  
RJ  
20-Código CBO S  
801 -  
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
1011160181618743  
22-Nome do Contratado Executante  
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP  
23-Número no CRO  
20598  
24-UF  
RJ  
25-Código CNES  
26-Nome do Profissional Executante  
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP  
27-Número no CRO  
20598  
28-UF  
RJ  
29-Código CBO S

| Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
|-------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|----------|--|
| 0-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-Assin |  |
| 1-000181000030                                  |                           | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 |         | 1      | 34,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 22/11/16              | 16                 | 16       |  |
| 2-000184000198                                  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 22/11/16              | 16                 | 16       |  |
| 3-000184000198                                  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 22/11/16              | 16                 | 16       |  |
| 4-000184000198                                  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 22/11/16              | 16                 | 16       |  |
| 5-000184000198                                  |                           | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE            |         | 1      | 35,00            | 0,00     | 0,00                            | S      | 22/11/16              | 16                 | 16       |  |
| 6-000184000198                                  |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 7-000184000198                                  |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 8-000184000198                                  |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 9-000184000198                                  |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 10-000184000198                                 |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 11-000184000198                                 |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 12-000184000198                                 |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 13-000184000198                                 |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 14-000184000198                                 |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |
| 15-000184000198                                 |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                    |          |  |

43-Data Prevista Término do Tratamento  
11/11/11  
44-Tipo de Atendimento  
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência  
45-Tipo de Faturamento  
1-Total 2-Parcial  
46-Total Quantidade US  
1174,00  
47-Valor Total R\$  
10,00  
48-Total Franquia / Co-participação F

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 pr 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, referentes ao tratamento realizado, conforme previsto no presente plano de tratamento.

49-Observação  
ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP  
CRO RJ 20598  
CBO S 801

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
12/11/10 11/12/11  
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
12/11/10 11/12/11  
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
12/11/10 11/12/11  
53-Data, local e Carimbo da Empresa