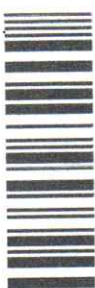




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



365941
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/10 18/12/10	4-Data de Autorização 10/2/10 19/12/10	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7830239	7-Data Validade da Seria 12/06/11 1/12/10
--------------------------	--	---	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Certeira 10020125305430000000001011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Data Validade da Certeira 12/06/11 1/12/10	11-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome STEPHANNY CHRISTIAN BELCHIOR DA CRUZ	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano STEPHANNY CHRISTIAN BELCHIOR DA CRUZ
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	18-Número no CRO 40848	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10256583706	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	23-Número no CRO 40848	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA DE LIMA CAETANO SILVA RAFAEL	27-Número no CRO 40848	28-UF RJ	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente Região	34- Face	35- Cód	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Guisa	42- Assinatura
1- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3 5 1 0 1 0	0 1 0 1 0		S		4205 20 14	
2- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3 5 1 0 1 0	0 1 0 1 0		S		4205 20 14	
3- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3 5 1 0 1 0	0 1 0 1 0		S		4205 20 14	
4- 0 0	1 8 4 0 1 0 0 1 9 1 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3 5 1 0 1 0	0 1 0 1 0		S		4205 20 14	
5- 1												
6- 1												
7- 1												
8- 1												
9- 1												
10- 1												
11- 1												
12- 1												
13- 1												
14- 1												
15- 1												
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- Total 2- Parcial	46- Total Qui nidads US 1 1 4 0 1 0 1 0	47- Valor Total R\$ 10 10 10	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, compreendendo-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(ram) 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 Contratado Responsável 12/08/10 18/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/08/10 18/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/10 18/12/10	53-Data, local e Contribuição da Empresa 12/08/10 18/12/10
--	--	--	---