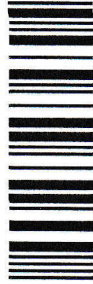




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

363653
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 5 / 0 8 / 2 0	4-Data de Autorização 2 5 / 0 8 / 2 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50186589	7-Data Validade da Sentença 12 / 3 / 1 1 / 2 0
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 4 5 2 3 4 6	10-Empresa EMPRESA BRASILEIRA				
11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700006535955405			
13-Nome PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO		14-Telefone () / /		15-Nome do titular do plano PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO	

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		18-Número no CRO 26384		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 1 0 6 9 7 6 7 8 4		22-Nome do Contratado Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		23-Número no CRO 26384		24-UF RJ		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS		27-Número no CRO 26384		28-UF RJ		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição								
1-0 0 1 8 4 0 1 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0		25/11/08	
2-0 0 1 8 4 0 1 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0		25/11/08	
3-0 0 1 8 4 0 1 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0		25/11/08	
4-0 0 1 8 4 0 1 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3 5 1 0 0	0 1 0 0	0 1 0 0		25/11/08	
5- / / / / / / / / / /										
6- / / / / / / / / / /										
7- / / / / / / / / / /										
8- / / / / / / / / / /										
9- / / / / / / / / / /										
10 / / / / / / / / / /										
11 / / / / / / / / / /										
12 / / / / / / / / / /										
13 / / / / / / / / / /										
14 / / / / / / / / / /										
15 / / / / / / / / / /										

43-Data Previsão Término do Tratamento 25/11/08	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 1 4 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0
--	--	---	-------------------------------------	-------------------------------	--

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 25/11/08 / 200384 Dra. Helena Moutinho	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/11/08 / 200384 Dra. Helena Moutinho	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/11/08 / 200384 Patrícia Rodrigues Alves Pinto	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / / /
---------------	--	--	--	--