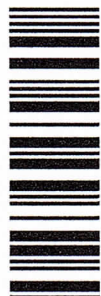


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



406261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/7/11 01/210	4-Data de Autorização 12/7/11 01/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202019	7-Data Validade da Senha 12/5/10 11/12 11
--------------------------	---	---	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10/03/70000032464897	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UNIAO NAC DOS ANALISTASTRIB	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Cartão Nacional de Saúde 700300919960938
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome MARCIO ROBERTO DO COUTO MARQUE	30/06/1960	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARCIO ROBERTO DO COUTO MARQUE
---	------------	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11162190267119	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		27-Número no CRO 37194	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-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	147,00	0,00		S	05/11/11	20	
2-00	0820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44	1	1	43,00	0,00		S	05/11/11	20	
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento <input type="checkbox"/> 1-Tratamento Odontológico <input type="checkbox"/> 2-Exame Radiológico <input type="checkbox"/> 3-Ortodontia <input type="checkbox"/> 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento <input type="checkbox"/> 1-Total <input type="checkbox"/> 2-Parcial	46-Total Quantidade US 19,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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. 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/11 20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/11 20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--