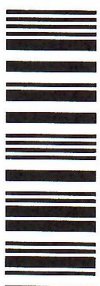


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



332381
 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/11/07 12:01	4-Dia de Autorização 10/11/07 12:01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50473708	7-Dia Validade da Senha 12/9/09 12:01
--------------------------	--	--	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 0 0 0 0 2 0 4 2 5 6 4 6	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TAP MANUTENCAO E ENGENHARIA	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 898004634295786
--	--------------------------------	---	---	--

13-Nome EDUARDA RITT DOS SANTOS	14-Teléfono ()	15-Nome do titular do plano SANDRO DOS SANTOS
------------------------------------	--------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	18-Número no CRO 26161	19-UF RS	20-Código CBO S 801 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 18 4 5 7 6 5 3 7 0 9 1	22-Nome do Contratado Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	23-Número no CRO 26161	24-UF RS	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	27-Número no CRO 26161	28-UF RS	29-Código CBO S	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 0	8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		3 4 0 0	0 0 0 0		S	06/07/07		
2- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0 0		S	06/07/07		
3- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0 0		S	06/07/07		
4- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0 0		S	06/07/07		
5- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0 0		S	06/07/07		
6- 0 0 0	8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1		3 6 0 0	0 0 0 0		S	06/07/07		
7- 0 0 0												
8- 0 0 0												
9- 0 0 0												
10- 0 0 0												
11- 0 0 0												
12- 0 0 0												
13- 0 0 0												
14- 0 0 0												
15- 0 0 0												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 1 7 8 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(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-Dia, local e Assinatura do Contratado-Dentista Solicitante 06/07/07 e [Assinatura]	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/07/07 e [Assinatura]	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/07/07 e [Assinatura]	53-Dia, local e Carimbo da Empresa 06/07/07
--	---	---	--

Cirurgiã Dentista
 CRO/RS 26161