

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



548858
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/2/05 4-Data de Autorização 11/2/05 5-Será Autorizado 8578502 6-Número da Guia Principal 11/01/08 7-Data Validade da Guia 11/01/08 11/2/05

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252350940001402 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ASSEM ASSOCIACAO SERVIDORES 11-Data Validade da Carteira 11/2/05 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome AMANDA LOPES DE ALMEIDA DE CARVALHO 01/05/2003 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano ALINE LOPES DE ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ORTHO OMEGA 18-Número no CRO 37469 19-UF RJ 20-Código CBO S 06 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1101089801756 22-Nome do Contratado Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 37469 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante LEYDE MONICA SILVA ALVES DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 37469 28-UF RJ 29-Código CBO S 30-Data de Realização 03/08/2004 31-Motivo da Glosa 42-Assinatura

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabulela	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00				03/08/2004	Almeida	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				03/08/2004	Almeida	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				03/08/2004	Almeida	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				03/08/2004	Almeida	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	1	36,00				03/08/2004	Almeida	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização do Tratamento

03/08/2004

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

1178,00

47-Valor Total R\$

1178,00

48-Total Franquia/Co-participação R\$

0,00

49-Observação

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, confirmo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos e contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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.

50-Data e Assinatura do Profissional Solicitante 03/08/2004 Almeida de Almeida 51-Data e Assinatura do Profissional Contratado 03/08/2004 Almeida de Almeida 52-Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/08/2004 Almeida de Almeida 53-Data e Assinatura da Empresa 03/08/2004 Almeida de Almeida