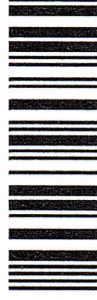


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10 09/12/10	4-Data de Autorização 10/12/10 09/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50188593	7-Data Validade da Senha 13/10/11 11/12/10
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

368071
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101037000000016160404	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NIKMAR REPRESENTAC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70620554057762
---	--------------------------------	----------------------------------	--	---

13-Nome PIETRA LIZ DUQUE PEREIRA	14-Telefone (111) 11111111	15-Nome do titular do plano MARCIA VANUSA DUQUE PEREIRA
-------------------------------------	-------------------------------	--

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
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111162190126719	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-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	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	0,00	S	17/09/20		Ph.
2-0	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00	0,00	S	17/09/20		Ph.
3-0	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00	0,00	S	17/09/20		Ph.
4-0	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00	0,00	S	17/09/20		Ph.
5-0	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00	0,00	S	17/09/20		Ph.
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1199,00	47-Valor Total R\$ 1199,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1199,00
--	--	---	-----------------------------------	-------------------------------	--

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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 17/10/09/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/09/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11/11
---	---	---	--