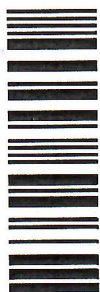




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2º Nº



354276  
INTERCÂMBIO

1º Quantidade para troca: 354276

|                          |                                       |                                   |                       |                                       |                                       |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414 | 3-Data de Emissão da Guia<br>11/01/08 | 4-Data de Autorização<br>11/01/08 | 5-Santa<br>AUTORIZADO | 6-Número da Guia Principal<br>7775316 | 7-Data Validade da Serina<br>10/08/11 |
|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|

## Dados do Beneficiário

|                                                           |                                |                                      |                                          |                                       |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|
| 8-Número de Carteira<br>101012012151279114701010101513011 | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa<br>LEJI INTERMEDIACAO S A | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------|

|                                     |            |                              |                                                         |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 13-Nome<br>BARBARA MUNIZ DE SANTANA | 24/06/1986 | 14-Telefone<br>( ) - - - - - | 15-Nome do titular do plano<br>BARBARA MUNIZ DE SANTANA |
|-------------------------------------|------------|------------------------------|---------------------------------------------------------|

## Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

|                                                                             |                                                                              |                           |                 |                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|------------------------------------------|
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                    | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA | 18-Número no CRO<br>37184 | 19-UF<br>RJ     | 20-Código CBO S<br>025 - Faturar Empresa |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>667726247753                         | 22-Nome do Contratado Executante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA    | 23-Número no CRO<br>37184 | 24-UF<br>RJ     | 25-Código CNES                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA | 27-Número no CRO<br>37184                                                    | 28-UF<br>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 RS | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|-----------|---------------------------|-----------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|--------------------|---------------|
| 1-00      | 81000065                  | CONSULTA ODONTOLÓGICA |                 | 1       | 1      | 34,00            | 0,00     |                                | 11     | 08/20                 |                    |               |
| 2-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | 11     | 08/20                 |                    |               |
| 3-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | 11     | 08/20                 |                    |               |
| 4-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | 11     | 08/20                 |                    |               |
| 5-00      | 84000198                  | PROFILAXIA: POLIMENTO |                 | 1       | 1      | 35,00            | 0,00     |                                | 11     | 08/20                 |                    |               |
| 6-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 7-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 8-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 9-00      |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 10-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 11-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 12-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 13-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 14-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |
| 15-00     |                           |                       |                 |         |        |                  |          |                                |        |                       |                    |               |

|                                                    |                                                                                        |                                             |                                   |                           |                                        |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| 43-Data Previsto Término do Tratamento<br>11/08/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-Tratamento Odontológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>1174,00 | 47-Valor Total RS<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação RS |
|----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|

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 no 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

## 49-Observação

|                                                                                  |                                                                          |                                                                                  |                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 50-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/08/11 20-08-2008 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista<br>11/08/11 20-08-2008 | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável<br>11/08/11 20-08-2008 | 53-Data, local e Carimbo da Empresa<br>11/08/11 20-08-2008 |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|