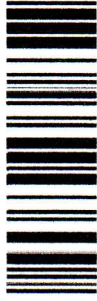


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

431576
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50210073	7-Data de Validade da Senha 01/10/2012
--------------------------	---	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 00037994065854001	9-Plano FOS REDE PRESTADORA	10-Emissão CR-SE S EMPREENDIMIENTOS	11-Data Validade da Carteira 01/11/2012	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70500665444150
---	--------------------------------	--	--	---

13-Nome DEBORA HEVANGELYNE DE LIMA MON	14-Telefone 08/04/2012	15-Nome do titular do plano FERNANDO RAMOS
---	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	18-Número na CRO 17808	19-UF RJ	20-Código CBO S 17808	21-UF RJ	22-Código CNES 17808	23-UF RJ	24-UF RJ	25-Código CBO S 17808	26-UF RJ	27-Código CBO S 17808
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------	-------------	-------------------------	-------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72038632715	22-Nome do Contratado Excutante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE
--	---

26-Nome do Profissional Excutante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE

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
1-0	0811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00	0,00	01/11/2012	Notas
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/2012	Notas
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/2012	Notas
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/2012	Notas
5-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	01/11/2012	Notas

6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data de Revisão 01/11/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Total 2-Parcial	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 10,10	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
----------------------------------	---	---	----------------------------------	-----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, o, conforme acima apresentado, 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(s), comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 01/11/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/11/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 01/11/2012
---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/11/2012

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/11/2012

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
01/11/2012