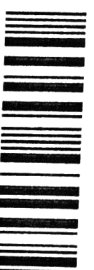


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414
 3-Data de Emissão da Guia 11/01/08
 4-Data de Autorização 11/21/08
 5-Sentença AUTORIZADO
 6-Número da Guia Principal 7774130
 7-Data Validade da Sentença 10/81/11
 8-Número da Carteira 100202507367000049703
 9-Plano POS REDE PRESTADORA
 10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS
 11-Data Validade da Carteira
 12-Número do Cartão Nacional de Saúde
 13-Nome GABRIELA GOMES RESENDE
 14-Telefone
 15-Nome do titular do plano WAGNER DE MELQ RESENDE
 16-Atendimento a RN
 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE
 18-Número no CRO 35792
 19-UF RJ
 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 007199826979
 22-Nome do Contratado Executante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE
 23-Número no CRO 35792
 24-UF RJ
 25-Código CNES
 26-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE
 27-Número no CRO 35792
 28-UF RJ
 29-Código CBO S

354035
 INTERCAMBIO

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 Oclusa	42-Assinatura
1-0	0184000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00			12/05/2008		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Data Previsto Término do Tratamento
 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 72,00
 47-Valor Total R\$ 0,00
 48-Observação

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 agir com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assumido(s), não foram realizados 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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Fernanda Alvarenga
 CRM - RJ 35792
Fernanda Alvarenga
 CRM - RJ 35792
Fernanda Alvarenga
 CRM - RJ 35792
 20