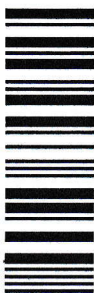


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º

320598  
INTERCÂMBIO

|                                                                         |                                                                          |                                            |                                  |                                          |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1-Registro ANS<br>406414                                                | 3-Data de Emissão da Guia<br>10/04/10 16:12:01                           | 4-Data de Autorização<br>10/04/10 16:12:01 | 5-Sentença<br>CONCLUÍDO          | 6-Número da Guia Principal<br>50165174   | 7-Data Validade da Sentença<br>10/12/10 09:11:21         |
| Dados do Beneficiário                                                   |                                                                          |                                            |                                  |                                          |                                                          |
| 8-Número da Carteira<br>000379994064558689                              | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                                           |                                            | 10-Empresa<br>EMPRESA BRASILEIRA | 11-Data Validade da Carteira<br>11/11/11 | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde<br>898004629677633 |
| 13-Nome<br>MARCELLE DE OLIVEIRA FERREIRA                                |                                                                          |                                            |                                  |                                          |                                                          |
| 14-Telefone<br>(11) 11111111                                            |                                                                          |                                            |                                  |                                          |                                                          |
| 15-Nome do titular do plano<br>PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO           |                                                                          |                                            |                                  |                                          |                                                          |
| Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento                         |                                                                          |                                            |                                  |                                          |                                                          |
| 16-Atendimento a RN<br>N                                                | 17-Nome do Profissional Solicitante<br>HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS |                                            | 18-Número no CRO<br>26384        | 19-UF<br>RJ                              | 20-Código CBO S<br>801 - Faturar Empresa                 |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF<br>0710161976784                    | 22-Nome do Contratado Executante<br>HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS    |                                            | 23-Número no CRO<br>26384        | 24-UF<br>RJ                              | 25-Código CNES                                           |
| 26-Nome do Profissional Executante<br>HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS | 27-Número no CRO<br>26384                                                |                                            | 28-UF<br>RJ                      | 29-Código CBO S                          |                                                          |

| 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 |
|-----------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------|--------|------------------|----------|---------------------------------|--------|-----------------------|----------------------------------|
| 1-0018511010153 |                           | RESTAURAÇÃO EM IONÔMERO | 75              | OVD     | 1      | 122,00           | 0,00     | 0,00                            | S      | 01/01/07              | 20                               |
| 2-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 3-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 4-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 5-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 6-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 7-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 8-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 9-1             |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 10              |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 11              |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 12              |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 13              |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 14              |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |
| 15              |                           |                         |                 |         |        |                  |          |                                 |        |                       |                                  |

|                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                             |                                  |                            |                                                 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 43-Data Previsão Término do Tratamento<br>11/11/11 | 44-Tipo de Atendimento<br>1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15 16-16 17-17 18-18 19-19 20-20 21-21 22-22 23-23 24-24 25-25 26-26 27-27 28-28 29-29 30-30 31-31 32-32 33-33 34-34 35-35 36-36 37-37 38-38 39-39 40-40 41-41 42-42 43-43 44-44 45-45 46-46 47-47 48-48 49-49 50-50 51-51 52-52 53-53 54-54 55-55 56-56 57-57 58-58 59-59 60-60 61-61 62-62 63-63 64-64 65-65 66-66 67-67 68-68 69-69 70-70 71-71 72-72 73-73 74-74 75-75 76-76 77-77 78-78 79-79 80-80 81-81 82-82 83-83 84-84 85-85 86-86 87-87 88-88 89-89 90-90 91-91 92-92 93-93 94-94 95-95 96-96 97-97 98-98 99-99 100-100 | 45-Tipo de Faturamento<br>1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US<br>122,00 | 47-Valor Total R\$<br>0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R\$<br>0,00 |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------|

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 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

|               |                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |                                                                                                                      |                                                                                                                      |                                                                                                                      |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 49-Observação | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante<br>10/02/2015<br>Dra. Helena Moutinho Pimenta de Mattos<br>Cirurgião-Dentista<br>CRM RJ 26384 | 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável<br>10/02/2015<br>Patricia Rodrigues Alves Pinto<br>CPF 000125 | 52-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente<br>10/02/2015<br>Patricia Rodrigues Alves Pinto<br>CPF 000125 | 53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/02/2015<br>Patricia Rodrigues Alves Pinto<br>CPF 000125 | 54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado<br>10/02/2015<br>Patricia Rodrigues Alves Pinto<br>CPF 000125 |
|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384

ODONTOLIFE  
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS  
Cirurgião-Dentista  
CRM RJ 26384