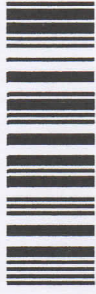


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



428113  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/06/11 11/12/10	4-Data de Autorização 12/06/11 11/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50208688	7-Data Validade da Senha 12/04/10 12/11/11
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700502527010059	
8-Número da Carteira 10037991940612583910101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PAPELARIA ALFA 81	11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Name LUANA SOUZA DE OLIVEIRA		14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano ROSELI BAROSA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1715161151121617871111	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		27-Número no CRO 8683	28-UF RJ
29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa
1-00108110010301		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3141010		0,00	S	27/11/11	90
2-00108153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	361010		0,00	S	27/11/11	90
3-00108153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	361010		0,00	S	27/11/11	90
4-00108153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	361010		0,00	S	27/11/11	90
5-00108153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	361010		0,00	S	27/11/11	90
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/11 11/12/11	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 1178100	47-Valor Total R\$ 1178,10	48-Total Franchisa / Co-participação R\$ 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 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  
CRO-RJ-8683

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/11/11 8C Angela Chaves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 27/11/11 8C Luana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/11 8C Luana	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------