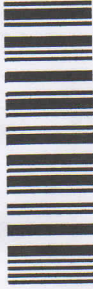


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



418288
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/11 11/12/10	4-Data de Autorização 11/03/11 11/12/10	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205804	7-Data Validade da Sineta 11/11/10 12/12/11
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 10037127320001390051					
9-Plano POS REDE PRESTADORA					
10-Empresa FEDERACAO RJ					
11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11					
12-Número do Contrato Nacional de Saúde 703005800661277					
13-Nome WANDA GONCALVES TONE					
14-Telefone (11) 9861-0193					
15-Nome do titular do plano WANDA GONCALVES TONE					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA					
21-Código na Operadora / ONPJ / CPF 17561151126787					
22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA					
23-Número no CRO 8683					
24-UF RJ					
25-Código CNES 8683					
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA					
27-Número no CRO 8683					
28-UF 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-Método de Glosa					
42-Assinatura					
43-Data Exatidão Término do Tratamento 11/11/11 11/12/10					
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 11510611010					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/11 11/12/10 Angela Maria Couto Vargas Tejeda	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11 11/12/10 Angela Maria Couto Vargas Tejeda	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11 11/12/10 Wanda Gonçalves Tone	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------