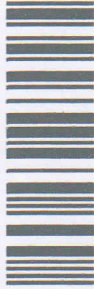




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

406058
INTERCÂMBIO

1- Registro ANS
406414

3- Data de Emissão da Guia
12/7/11 01/2/10

4- Data de Autorização
12/7/11 01/2/10

5- Senha
AUTORIZADO

6- Número da Guia Principal
50201959

7- Data Validade da Senha
12/5/10 11/2/11

Dados do Beneficiário

8- Número da Carteira
101031710100002759457511

11- Data Validade da Carteira
706206062138968

12- Número do Cartão Nacional de Saúde

13- Nome
CARLOS ADILSON DE DEUS DOS SAN

14- Telefone
(11) 11111111

15- Nome do titular do plano
CARLOS ADILSON DE DEUS DOS SAN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16- Atendimento a RN
N

17- Nome do Profissional Solicitante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

18- Número no CRO
8683

19- UF
RJ

20- Código CBO S
801 - Faturar Empresa

21- Código na Operadora / CNPJ / CPF
1756151126787111

22- Nome do Contratado Executante
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

23- Número no CRO
8683

24- UF
RJ

25- Código CNES

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- 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
1-010181100000301	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00	0,00		28/10/10		X
2-010181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00	0,00		28/10/10		X
3-010181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00	0,00		28/10/10		X
4-010181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00	0,00		28/10/10		X
5-010181530000471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00	0,00		28/10/10		X
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43- Data Prevista Término do Tratamento
28/11/10

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
1178,00

47- Valor Total R\$

48- Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/10/10 11:29 Angela Maria Couto

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/10/10 11:29 Angela Maria Couto

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/10/10 11:29 Carlos Adilson de Deus dos Santos

53- Data, local e Carimbo da Empresa
28/10/10 11:29

Dra. Angela Maria Couto