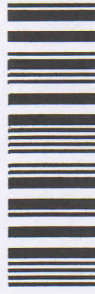


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



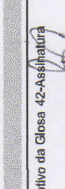
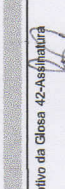
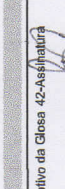
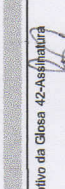
2-Nº

387747
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/10/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196429	7-Data Validade da Senha 13/10/11/12/12/10
--------------------------	---	-----------------------	--	---

8-Número da Carteira 10103791940649702101		10-Empresa VERA LUCIA LOUREIR	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708702125097390
13-Nome ISABELA CRISTINA LOUREIRO DOS		14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA LOUREIRO	

16-Atendimento a RN 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 175615126787		23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES
22-Nome do Contratado 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-	1001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/2011					
2-	1001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/2011					
3-	1001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/2011					
4-	1001851001196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00	0,00	1	10/10/2011					
5-															
6-															
7-															
8-															
9-															
10-															
11-															
12-															
13-															
14-															
15-															
43-Data Previsto Término do Tratamento 10/10/2011			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 244,00			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(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 10/10/11/10/12/10 Angela Maria Couto	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/10/11/10/12/10 Angela Maria Couto	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/11/10/12/10 Isabela Loureiro	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/11/10/12/10 Isabela Loureiro
---------------	---	---	---	---

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/10/11/10/12/10 Angela Maria Couto