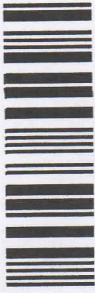




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



397031
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/2012	4-Data de Autorização 15/11/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50199431	7-Data Validade da Senha 13/10/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700001177849105
10-Empresa R2 SOLUCOES EM RAD				11-Data Validade da Carteira 11/11/11	15-Nome do titular do plano THIAGO RODRIGUES DA SILVA DOS	
13-Nome LIDIANE RODRIGUES DOS SANTOS D				14-Teléfono (11) 988999039	16-Data de Realização 14/09/1983	

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 17156115112167871111		22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES Enviar - RX
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										41- Motivo da Glosa		42 Assinatura							
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									
1-10018540055611	RESTAURAÇÃO METÁLICA	16	1	472100	0,00				19/10/12										
2-1																			
3-1																			
4-1																			
5-1																			
6-1																			
7-1																			
8-1																			
9-1																			
10-1																			
11-1																			
12-1																			
13-1																			
14-1																			
15-1																			
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/3/10/12										44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico		45-Tipo de Faturamento 1-1 Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 472100		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), 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 11/09/12, Angela da Costa	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/10/12, Paulo Vargos Tejeda	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/10/12, Paulo Vargos Tejeda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11, P.O.R.J 8683
Dra. Angéla Maria Couto				