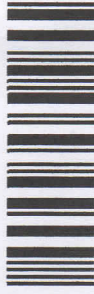


# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



388527  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/2/11 10/12/10	4-Data de Autorização 10/5/11 10/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50196555	7-Data Validade da Sentença 13/1/11 12/12/10
--------------------------	---	---	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 10031700000025504986	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASMETROS	11-Data Validade da Carteira 11/1/11/1/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde 700008846464006
13-Nome MARIA DO CARMO BARBOSA		14-Telefone ( ) - - - - -		15-Nome do titular do plano MARIA DO CARMO BARBOSA		

Dados de Contratação 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 175615112161787		22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		23-Número no CRO 8683		24-UF RJ		25-Código CNES		26-Número no CRO 8683	
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-Data	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
1	0	0	8	1	0	0	0	3	0													06/11/10
2	0	0	8	5	3	0	0	4	7													06/11/10
3	0	0	8	5	3	0	0	4	7													06/11/10
4	0	0	8	5	3	0	0	4	7													06/11/10
5	0	0	8	5	3	0	0	4	7													06/11/10
6																						06/11/10
7																						06/11/10
8																						06/11/10
9																						06/11/10
10																						06/11/10
11																						06/11/10
12																						06/11/10
13																						06/11/10
14																						06/11/10
15																						06/11/10

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/9/11 10/10/10	44-Tipo de Atendimento 1 1 1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1 1 1 Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 1 1 7 8 1 0 0 0	47-Valor Total R\$ 1 1 1 0 1 0 1 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1 1 1 1 1 1 1 1
--	--	---	---	---------------------------------------	--

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), tiveram realizado(s) por 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 10/6/11 11/11/11 ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/9/11 10/11/11 ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/9/11 10/11/11 MARIA DO CARMO BARBOSA	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	--	---