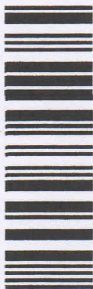


Indicação para você sorrir

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



387832  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS  
406414

3-Data de Emissão da Guia  
10/11/10 10/12/10

4-Data de Autorização  
10/12/10 10/12/10

5-Senha  
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal  
50196451

7-Data Validade da Senha  
13/10/11 12/12/10

8-Número da Carteira  
1010317999406199943721

9-Plano  
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa  
CONSULPRI CONSULTO

11-Data Validade da Carteira  
11/11/11 11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde  
700008847215301

13-Nome  
VALERIA WERNECK CORREIA PECANH

14-Telefone  
(11) 2220-7276

15-Nome do titular do plano  
VALERIA WERNECK CORREIA PECANH

16-Atendimento a RN  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF  
17156115112617871

26-Nome do Profissional Executante  
ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA

18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES
27-Número no CRO 8683	28-UF RJ	29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Ortista/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
1-00108110000030	1-00108110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,10	0,10	05/10/2010	05/10/2010	
2-00108153000047	2-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,10	0,10	05/10/2010	05/10/2010	
3-00108153000047	3-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,10	0,10	05/10/2010	05/10/2010	
4-00108153000047	4-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,10	0,10	05/10/2010	05/10/2010	
5-00108153000047	5-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
6-00108153000047	6-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
7-00108153000047	7-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
8-00108153000047	8-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
9-00108153000047	9-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
10-00108153000047	10-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
11-00108153000047	11-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
12-00108153000047	12-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
13-00108153000047	13-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
14-00108153000047	14-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									
15-00108153000047	15-00108153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL									

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/11/10	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1178,10	47-Valor Total R\$ 1178,10	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 obrigações de pagamento da prestação de serviços profissionais contratados, conforme o valor estabelecido no 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 10/11/10 11/10/10 Angela Maria Couto Vargas Tejeda	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/10 11/10/10 Angela Maria Couto Vargas Tejeda	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/10 11/10/10
---	---	--