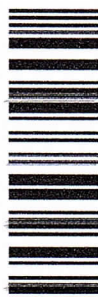


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



340959
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/7/10 17/12/10	4-Data de Autorização 12/10/10 17/12/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50177225	7-Data Validade da Senha 11/5/11 10/12/11
---------------------------	-----------------------------------------------	--------------------------------------------	-----------------------	----------------------------------------	----------------------------------------------

8-Número da Carteira 0103700101003211918821	9-Piano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AMANDA CAMPELLO JA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 704205270521585
------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------------------------------

13-Nome AMANDA CAMPELLO JANVROT	28/10/1980	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano AMANDA CAMPELLO JANVROT
------------------------------------	------------	------------------------------	--------------------------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1111629026719	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Trabalha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cdx	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fratura/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-000	81010030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		47,00	0,00		S	22/01/20		
2-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1		38,00	0,00		S	22/01/20		
3-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1		38,00	0,00		S	22/01/20		
4-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1		38,00	0,00		S	22/01/20		
5-000	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1		38,00	0,00		S	22/01/20		
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 199,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Fratura / Co-participação R\$ 1,11
----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	------------------------------------------------

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/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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/01/20	52-Data, local e Assinatura do Paciente / Responsável 22/01/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------