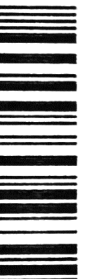




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



382386
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/4/10 9/12/0 4-Dia de Autorização 12/4/10 9/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Numero da Guia Principal 50194017 7-Dia Validade da Senha 12/3/11 12/12/0

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira 10/03/70 0100031680731 9-Setor POS REDE PRESTADORA 10-Empresa SILVANA D SILVEIRINHA CORREA 11-Dia Validade da Carteira 12-Nome do titular do plano SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA 13-Nome SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA 14-Telefone () -1- 15-Nome do titular do plano SILVANA DIONIZIO SILVEIRINHA CORREA 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Academismo a RN 17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 18-Numero no CRO 35792 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10/07/91826979 22-Nome do Contratado Esclarecido FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 23-Numero no CRO 35792 24-UF RJ 25-Código CNES 26-Nom. do Profissional Esclarecido FERNANDA ALVARENGA DE REZENDE 27-Numero no CRO 35792 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 Doença	42- Realização
1	00	8100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	34,00	0,00			12/4/10		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 34,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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/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.

Assinaturas

49-Observação 50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 24/10/2010 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Autorizador 24/10/2010 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário 24/10/2010 53-Dia, local e Carimbo da Empresa 24/10/2010

54-Dia, local e Assinatura do Responsável 24/10/2010 55-Dia, local e Carimbo da Empresa 24/10/2010