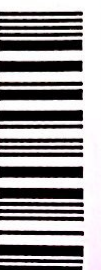


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



356343
INTERCAMBIO

1-Registro ANS
406414

3-Data do Exatidão da Guia
11/3/10 8/12/10

4-Data de Autorização
11/3/10 8/12/10

5-Sentença
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
50183755

7-Data Validade da Sentença
11/1/11 1/12/10

8-Número da Carteira
1010371010001179173711

9-Fluxo
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
FORMULA DA AGUA FI

11-Data Validade da Carteira
11/1/11 1/12/10

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
708409298664369

13-Nome
HUGO RUBINSZTAJN

14-Idade
28/10/1964

15-Nome do titular do plano
HUGO RUBINSZTAJN

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ISADORA MINERVINI DE AQUINO LEITE

18-Número no CRO
44650

19-U.F.
RJ

20-Código CBO S
801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1125511213789111

22-Nome do Contratado Executante
ISADORA MINERVINI DE AQUINO LEITE

23-Número no CRO
44650

24-U.F.
RJ

25-Código CNES
Enviar - RX
(UF) 85200166-35
(I) 85100200
(II) 85100200

26-Nome do Profissional Exceção
ISADORA MINERVINI DE AQUINO LEITE

27-Número no CRO
44650

28-U.F.
RJ

29-Código CBO S
(I) 85100200
(II) 85100200

30-Tabella
31-Código do Procedimento
32-Descrição
33-Denêrio/Região
34-Tipo
35-Qtd
36-Quantidade US
37-Valor
38-Franquia/Co-participação R\$
39-Aut
40-Data de Realização
41-Moeda da Guia
42-Assinatura

1-0001851200116611
2-0001851100210011
3-0001851100210011
4-0001851100210011
5-0001851100210011
6-0001851100210011
7-0001851100210011
8-0001851100210011
9-0001851100210011
10-0001851100210011
11-0001851100210011
12-0001851100210011
13-0001851100210011
14-0001851100210011
15-0001851100210011

TRATAMENTO ENDODONTICO
RESTAURAÇÃO RESINA
RESTAURAÇÃO RESINA

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º



355340
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/12/10 8/12/10	4-Data de Autorização 11/12/10 8/12/10	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50183326	7-Data Validade da Sentença 11/10/11 11/12/10
--------------------------	---	---	--------------------------	--	--

8-Número da Carteira 10101317010101010101719117317111111	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FORMULA DA AGUA FI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708409298664369
---	--------------------------------	----------------------------------	--	--

13-Nome HUGO RUBINSZTAJN	14-Teléfono (121) 3170111215073	15-Nome do titular do Plano HUGO RUBINSZTAJN
-----------------------------	------------------------------------	---

16-Atendimento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante ISADORA MINERVINI DE AQUINO LEITE	18-Número no CRO 44650	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 -
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 112151121131718191111	22-Nome do Contratado Exocante ISADORA MINERVINI DE AQUINO LEITE	23-Número no CRO 44650	24-UF RJ	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	---------------------------	-------------	-----------------------------------

26-Nome do Profissional Exocante ISADORA MINERVINI DE AQUINO LEITE	27-Número no CRO 44650	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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 Glosa	42-Assinatura
1-00	8101000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
2-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
3-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
4-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
5-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
6-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
7-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
8-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
9-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
10-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
11-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
12-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
13-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
14-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		
15-00	8401001981	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	10,10	0,00	11/12/10		

43-Data 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 1174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	-----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 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, o valor referente ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cuidado-Dentista Solicitante 11/12/10 8/12/10	51-Data, local e Assinatura do Cuidado-Dentista 11/12/10 8/12/10	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/10 8/12/10	53-Data, local e Cuidado da Empresa 11/12/10 8/12/10
---	---	---	---

Dra Isadora Minervini A. Leite
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44650

Dra Isadora Minervini A. Leite
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 44650