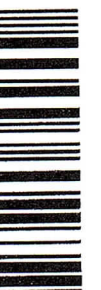


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384616
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/8/10 9/12/0 4-Dia de Autorização 12/8/10 9/12/0 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 50194891 7-Dia Validade da Sentença 12/7/11 12/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10 0 3 7 9 9 14 0 6 5 2 8 9 1 0 9 12-Número de Cartão Nacional de Saúde 898004606049539

Dados do Contratado

13-Nome DAVI SOARES DAMASCENA 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano VIVIANE SOARES DAMASCENA DOS S

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 18-Número no CRO 24440 19-UF RJ 20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10 0 5 9 6 2 8 8 7 1 9 22-Nome do Contratado Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 23-Número no CRO 24440 24-UF RJ 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA 27-Número no CRO 24440 28-UF RJ 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista Registo	34-F-ace	35-Ciut	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0 0 1	8 4 0 0 0 0 1 9 0 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
2-0 0 1	8 4 0 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
3-0 0 1	8 4 0 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
4-0 0 1	8 4 0 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
5-0 0 1	8 4 0 0 0 0 1 9 8 1	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	3 5,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
6-0 0 1	8 1 0 0 0 0 0 1 4 1	CONDICIONAMENTO EM			1	7 0,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
7-0 0 1	8 1 0 0 0 0 0 3 0 1	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 14,0 0 0	0,0 0 0		1	28/09/2010		
8-0 0 1												
9-0 0 1												
10-0 0 1												
11-0 0 1												
12-0 0 1												
13-0 0 1												
14-0 0 1												
15-0 0 1												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Totais 2-Parcial 46-Totais Quantidade US 3 1 6,0 0 0 47-Valor Total R\$ 0,0 0 0 48-Totais Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, 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

OdontoLife

50-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dia, local e Cartão da Empresa