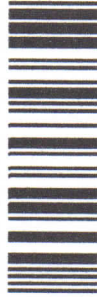


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



391375
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/11/2010	4-Data de Autorização 08/11/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7939975	7-Data Validade da Sanha 05/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202519983600029901		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA		14-Teléfono () -	15-Nome do titular do plano MANOEL RONIVON FURTADO OLIVEIRA		

16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA		18-Número no CRO 9574	19-UF BA	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01171447521508	22-Nome do Contratado Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	23-Número no CRO 9574	24-UF BA	25-Código CNES	26-Nome do Profissional Executante CLARA BASTOS RODRIGUES CUNHA	27-Número no CRO 9574	28-UF BA	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 do Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0	09/10/20	X	10
2-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	09/10/20	X	10
3-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0	09/10/20	X	10
4-0	0185300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	09/10/20	X	10
5-0												
6-0												
7-0												
8-0												
9-0												
10-0												
11-0												
12-0												
13-0												
14-0												
15-0												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1440,00	47-Valor Total R\$	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/2010 Clara Bastos Rodrigues Cunha	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/2010 Dra Aline Monteiro	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2010 Manoel Ronivon Furtado Oliveira	53-Data, local e Carimbo de Empresa
--	--	---	-------------------------------------

CRO BA: 19222