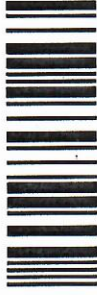




Insuficiência para visto sumi

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308360
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/04/2012	4-Data de Autorização 12/04/2012	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50161787	7-Data Validade da Sentença 12/03/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 100317100000017261638	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa AQUAMARINE STUDIO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 703001824027477
---	--------------------------------	---------------------------------	--	--

Dados do Contratado

13-Nome STEFANNO CINCINATO CARVALHO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano LEONORA BARRETO DA SILVA
--	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	18-Número no CRO 37184	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16171216247753	22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	23-Número no CRO 37184	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA		27-Número no CRO 37184	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 Realizado	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	1	34,00	0,00	0,00	1	12/04/2012		
2-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/04/2012		
3-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/04/2012		
4-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	1	12/04/2012		
5-001814000198	PROFILAXIA: POLIMENTO											
6-001814000198												
7-001814000198												
8-001814000198												
9-001814000198												
10-001814000198												
11-001814000198												
12-001814000198												
13-001814000198												
14-001814000198												
15-001814000198												

43-Data Previsão Término do Tratamento 12/04/2012	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1174,00	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 no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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, compreendendo-se o arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/04/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Beneficiário / Responsável 12/04/2012	52-Data, local e Carimbo da Empresa 12/04/2012
---	--	---