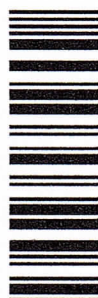




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



391538  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/11 00/12/01	4-Data de Autorização 10/8/11 00/12/01	5-Semana AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50197626	7-Data Validade de Semana 10/5/11 01/12/11
--------------------------	---	---	------------------------	--	---

8-Número da Carteira 100370000016160390	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NIKMAR REPRESENTAC	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 709609619763877
13-Nome NICOLLE DUQUE PEREIRA	07/04/1995	14-Teléfono ( )	15-Nome do Titular do plano MARCIA VANUSA DUQUE PEREIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Alimentação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO	18-Número no CRO 37194	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 116290267119	22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO	23-Número no CRO 37194	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		27-Número no CRO 37194	28-UF RJ	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/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	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	47,00	0,00	0,00		OK	10/12/11				
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00	0,00		OK	10/12/11				
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00	0,00		OK	10/12/11				
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00	0,00		OK	10/12/11				
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL		1	38,00	0,00	0,00		OK	10/12/11				
6-00														
7-00														
8-00														
9-00														
10-00														
11-00														
12-00														
13-00														
14-00														
15-00														
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$									
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	19,00	0,00										

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), 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 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 10/11/2011	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---