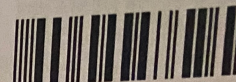




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

425061
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/2011	4-Data de Autorização 23/11/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207778	7-Data Validade da Senha 23/11/2011
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0003700000008762085	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa LURIC SERVICOS DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706306718065170
13-Nome ALINE LESSA LOPES RAPOSO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano GELMIREZ LOPES RAPOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE	18-Número no CRO 42011	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13619303738	22-Nome do Contratado Executante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE	23-Número no CRO 42011	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE	27-Número no CRO 42011	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-Volter	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00081000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/11/2011		
2-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00			23/11/2011		
3-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00			23/11/2011		
4-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00			23/11/2011		
5-00084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00			23/11/2011		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/2011	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Odontofilia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 23/11/2011 Lohayne Belbuche Casule CRO - RJ 42011	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/2011 Lohayne Belbuche Casule CRO - RJ 42011	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/2011 Aline Lessa Lopes Raposo	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--