

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

388544  
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Sanha  
13/11/2012

6-Número da Guia Principal  
50196560

5-Senha  
AUTORIZADO

4-Data de Autorização  
02/11/2012

3-Data de Emissão da Guia  
02/11/2012

1-Registro ANS  
406414

10-Data de Emissão da Guia

11-Data Validade da Carteira  
700300925598331

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome  
RAISA DUARTE DA SILVA RIBEIRO

14-Telefone  
( ) - - - - -

15-Nome do titular do plano  
RAISA DUARTE DA SILVA RIBEIRO

16-Atendimento a RN

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

22-Nome do Contratado Executante  
LOHAYNE ALMEIDA BELBUCHE CASULE

23-Número no CRO  
42011

24-UF  
RJ

25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

27-Número no CRO  
42011

28-UF  
RJ

29-Código CBO S

30-Quantidade US

31-Código do Procedimento

32-Descrição  
CONSULTA ODONTOLÓGICA

33-Dente/Região  
HASD

34-Faixa  
1

35-Valor  
34,00

36-Faixa

37-Valor  
35,00

38-Faixa

39-Valor  
35,00

40-Valor  
35,00

41-Valor

42-Valor  
35,00

43-Valor  
35,00

44-Valor  
35,00

45-Valor  
35,00

46-Valor

47-Valor  
35,00

48-Valor  
35,00

49-Valor  
35,00

50-Valor  
35,00

51-Valor

52-Valor  
35,00

53-Valor  
35,00

54-Valor  
35,00

55-Valor  
35,00

56-Valor

57-Valor  
35,00

58-Valor  
35,00

59-Valor  
35,00

60-Valor  
35,00

61-Valor

62-Valor  
35,00

63-Valor  
35,00

64-Valor  
35,00

65-Valor  
35,00

66-Valor

67-Valor  
35,00

68-Valor  
35,00

69-Valor  
35,00

70-Valor  
35,00

71-Valor

72-Valor  
35,00

73-Valor  
35,00

74-Valor  
35,00

75-Valor  
35,00

76-Valor

77-Valor  
35,00

78-Valor  
35,00

79-Valor  
35,00

80-Valor  
35,00

48-Observação

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 obrigações 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), 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-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Químico Solicitante

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Químico Assistente

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Operador

53-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

54-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

55-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

56-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

57-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

58-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

59-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

60-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado