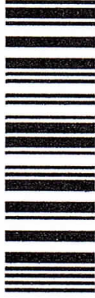


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO


2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/5/10 9/12/0	4-Data de Autorização 12/5/10 9/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194462	7-Data Validade da Senha 12/4/11 12/12/0	383400 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---	-----------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa APEFRIO PLPART		11-Data Validade da Carteira 1/1/11/1/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde 706401180643089	
8-Número da Carteira 1003179994062608611		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Telefone (11) 11111111		14-Telefone (11) 11111111	
13-Nome RAPHAEL GRANEIRO RANGEL DA CUN		17/01/1994		15-Nome do titular do plano CARLA GRANEIRO LACERDA			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 37194		19-UF RJ		20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante BERNARDO CAMPOS MACHADO		23-Número no CRO 37194		24-UF RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 111629026719		22-Nome do Contratado Executante BERNARDO CAMPOS MACHADO		25-Código CNES		26-UF RJ	
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														
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 Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura		
1-0	01851100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	113,00	0,00	0,00	05/10/20					
2-														
3-														
4-														
5-														
6-														
7-														
8-														
9-														
10-														
11-														
12-														
13-														
14-														
15-														

43-Data Previsão Término do Tratamento 1/1/11/1/11	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-Valor Total R\$ 113,00	47-Valor Total R\$ 113,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(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 05/11/10/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/11/10/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---