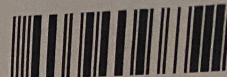




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

415873
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/11/210	4-Data de Autorização 11/01/11/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205102	7-Data Validade da Senha 11/08/10/21/211							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 10037994064508550	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GAMA TREINAMENTO E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708902799799118								
13-Nome FERNANDA ALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone 04/05/1996 (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano LUIZ FILIPE RODRIGUES DA COSTA									
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 Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200	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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00	11/10/11/12/10				
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00	11/10/11/12/10				
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/01/11/12/10		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 1176,00		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 11/01/11/12/10 Lohayne Belbuche Cirurgião - Dentista CRO - RJ 42011		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/11/12/10 Lohayne Belbuche Cirurgião - Dentista CRO - RJ 42011		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/11/12/10 Fernanda Alves de Oliveira		53-Data, local e Carimbo da Empresa						