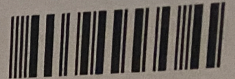




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



415911
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/11	4-Data de Autorização 10/11/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50205112	7-Data Validade da Senha 10/11/12
8-Número da Carteira 100379994064508550		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GAMA TREINAMENTO E	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708902799799118
13-Nome FERNANDA ALVES DE OLIVEIRA		14-Telefone 04/05/1996	15-Nome do titular do plano LUIZ FILIPE RODRIGUES DA COSTA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento e 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/Régio	34-Face	35-Qtd
1	00085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OL	1
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
33-Data Previsto Término do Tratamento 10/11/12	34-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	35-Exame Radiológico	36-Ortodontia	37-Urgência/Emergência 1-Total 2-Parcial	38-Total Quantidade US 8800
40-Valor Total R\$ 1000					
41-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
42-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000					
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 10/11/11 Lohayne Belbuche		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/11 Lohayne Belbuche		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/11	
53-Data, local e Carimbo da Empresa					