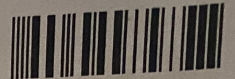




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



421673
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/08/11	4-Data de Autorização 11/08/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207012	7-Data Validade da Senha 11/02/11							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00379994063567935	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PROTEST ADMINISTRA	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 70260775342244								
13-Nome CLARA ALMEIDA RESENDE DE SOUZA		14-Telefone 05/01/1994	15-Nome do titular do plano CLARA ALMEIDA RESENDE DE SOUZA									
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 136119303738	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-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00			11/08/11		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/08/11		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-Total Quantidade US 61,00		47-Valor Total R\$ 0,00		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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 Solicitante 11/08/11 Lohayne Belbuche Cirurgião - Dentista CRO - RJ 42011			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/08/11 Lohayne Belbuche Cirurgião - Dentista CRO - RJ 42011			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/08/11 Clara Almeida Resende de Souza			53-Data, local e Carimbo da Empresa			