

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



479603
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/08/2012 4-Data de Autorização 11/08/2012 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8309007 7-Data Validade da Senha 11/09/2015

8-Número da Carteira 10101210121510171910141210101411121011 6-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa PROTECAR HIGIENIZACAO 11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome OKELLIS MONTEIRO DE OLIVEIRA 26/02/1995 14-Telefone () - - - - - 15-Nome do titular do plano OKELLIS MONTEIRO DE OLIVEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alimentação a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALLAN DE LIMA LOPES 18-Número no CHO 14878 19-UF SC 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 101218141311111917181 22-Nome do Contratado Executante ALLAN DE LIMA LOPES 23-Número no CHO 14878 24-UF SC 25-Código CINES 26-Nome do Profissional Executante ALLAN DE LIMA LOPES 27-Número no CHO 14878 28-UF SC 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	101018151101021181	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OMV	1	1121210101	1010101			11/08/2012		
2	101018141010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13510101	1010101			11/08/2012		
3	101018141010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13510101	1010101			11/08/2012		
4	101018141010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13510101	1010101			11/08/2012		
5	101018141010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13510101	1010101			11/08/2012		
6	101018141010119181	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	13510101	1010101			11/08/2012		
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Dia Previsão Término do Tratamento 14-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cronograma 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1261210101 47-Valor Total R\$ 1010101 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, compreendendo-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 21/11/08/2011 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/11/08/2011 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/11/08/2011 53-Data, local e Assinatura da Empresa Dr. Allan de Lima Lopes, Cirurgião Dentista