



363586
INTERCAMBIO

1-Região: ANIL 405414	3-Data de Emissão do Guia (2/5/10/8/1/2/0)	4-Data de Autorização (2/7/10/8/1/2/0)	5-Autoria AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7819505	7-Data Validade da Guia (2/3/11/1/1/2/0)
--------------------------	---	---	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Nome do Cartão (0/0/2/0/2/5/2/6/4/2/4/4/0/0/0/0/1/0/3)	9-Tipo POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UCRI UNIVERSIDADE DA CRIANÇA	11-Data validade do Cartão ()/()/()	12-Número do Cartão Nacional do Seguro
---	-------------------------------	--	---	--

13-Nome PETRUS DANTAS DE VASCONCELOS RIBEIRO	14-Data 06/06/2008	15-Data validade do plano ()/()/()	16-Nome do titular do plano KELLY DANTAS DE VASCONCELOS
---	-----------------------	--	--

Dados do Contratado/Previdenciado pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Substituto ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO 8	025 - Faturar Empresa
21-Código de Operadora / CNPJ / CPF (0/3/0/0/4/8/1/3/2/5/3)	22-Nome do Contratado/Previdenciado ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	
25-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	26-Número no CRO 563	27-UF AP	28-Código CBO 8	

Plano de Tratamento / Procedimentos Substitutos

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Custo Paciente	34-Fixo	35-Var	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Posição	41-Matriz de Classe 42-Operadora
1	(0/0/8/1/0/0/0/0/3/0)	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			27/08/20	Kelly
2	(0/0/8/4/0/0/0/0/0/0)	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			27/08/20	Kelly
3	(0/0/8/5/1/0/0/1/0/8)	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00	0,00			23/08/20	Kelly
4	(0/0/8/5/1/0/0/1/0/8)	RESTAURAÇÃO RESINA	27	0	1	61,00	0,00			23/08/20	Kelly
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											

43-Data Fim do Tratamento ()/()/()	44-Tipo de Faturamento ()/()/()	45-Tipo de Faturamento ()/()/()	46-Total Quantidade US ()/()/()/()/()/()	47-Valor Total R\$ ()/()/()/()/()/()	48-Total Franquia / Co-participação R\$ ()/()/()/()/()/()
--	---------------------------------------	---------------------------------------	---	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 a pagar os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que os procedimentos descritos acima, e por mim assinados, foram realizados com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Operadora ()/()/()/()/()/()	50-Data, local e assinatura do Profissional Responsável ()/()/()/()/()/()	51-Data, local e assinatura do Profissional Responsável ()/()/()/()/()/()	52-Data, local e assinatura do Profissional Responsável ()/()/()/()/()/()
---	--	--	--

Kelly Dantas de Vasconcelos