

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

448084
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/2012	4-Data de Autorização 07/01/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8173750	7-Data Validade da Senha 06/01/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa DOCTORALIA BRASIL SERVICOS		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020202521336500013501		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Data Validade da Carteira / /		14-Data Validade da Carteira / /	
13-Nome PAULO ANDRE ZERATI MONTEIRO		18/04/1982		15-Nome do titular do plano PAULO ANDRE ZERATI MONTEIRO			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-Número no CRO 132199		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante LUCIMARA DOS SANTOS		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847533871		22-Nome do Contratado Exequente LUCIMARA DOS SANTOS	
23-Código na Operadora / CNPJ / CPF 27847533871		24-UF SP		25-Código CNES (I) 85100200		26-UF SP	
28-Nome do Profissional Exequente LUCIMARA DOS SANTOS		27-Número no CRO 132199		29-Código CBO S		30-UF SP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Causa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição									
1-000851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00	0,00		06/01/2012		
2-000851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00	0,00		06/01/2012		
3-000851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00	0,00		06/01/2012		
4-000851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00	0,00		06/01/2012		
5-000851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OV	1	88,00	0,00	0,00		06/01/2012		
6-000851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00	0,00		06/01/2012		
7-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00		06/01/2012		
8-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00		06/01/2012		
9-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00		06/01/2012		
10-000840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00		06/01/2012		
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento	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, 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 02/10/2012 / <i>Lucimara dos Santos</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2012 / <i>Lucimara dos Santos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2012 / <i>Paulo Andre Zerati Monteiro</i>	53-Data, local e Contínio da Empresa 02/10/2012 / <i>Lucimara dos Santos</i>
--	--	--	---

CPF: 278.475.338-71