

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



302962
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/03/2012 4-Data de Autorização 12/03/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7489618 7-Data Validade da Sentença 15/06/2012

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101202152642440001401 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UCRI UNIVERSIDADE DA CRIANÇA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
2-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
3-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
4-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
5-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
6-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
7-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
8-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
9-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
10-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
11-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
12-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
13-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
14-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	
15-00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	35,00	0,00	0,00	0,00	20/03/2012	THAIS CAMILA DE SOUZA RAMOS	

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Oncoodonto 4-Atendimento Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantizado US 174,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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, 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(ram) 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 Contratado Responsável 51-Data, local e Assinatura do Grupo/Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Thais Camila de Souza Ramos