

340557
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2011 4-Data de Autorização 11/07/2011 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7711394 7-Data Validade da Série 11/07/2011

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025271280000000201 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TMB DE MORAES EIRELI 11-Data Validade da Carteira 11/07/2011 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ALACE FONSECA DANTAS

08/09/1995

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do titular do plano ALACE FONSECA DANTAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Afastamento a RN

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

25- Faturar Empresa Enviar - RX (I) 82001294-48 (I) 82001294-36

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO 563

24-UF AP

25-Código CNES

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- Fone	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00		S	13/07/20		Alace
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	6,10	0,00		S	13/07/20		Alace
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7,30	0,00		S	13/07/20		Alace
4-00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI		1	1	8,60	0,00		S	13/07/20		Alace
5-00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI		1	1	8,60	0,00		S	13/07/20		Alace
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43- Data Previsto 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\$							
11/07/2011	1- Tratamento Odontológico	1- Total 2- Parcela	54,00	0,00								

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(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 Cirurgião-Dentista

11/07/2011

51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52- Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/07/2011

53- Data, local e Cartão da Empresa

Alace Fonseca Dantas

GUIA
CONCLUIDA
01/08/20