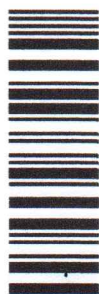


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



344714
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão de Guia 12/3/10 7/12/01 4-Data de Autorização 12/8/10 7/12/01 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7731374 7-Data Validade de Seria 12/1/11 0/12/01

8-Número da Carteira

10/0/2/0/2/5/2/0/4/9/4/5/0/0/0/0/6/4/0/2/2

8-Plano

POS REDE PRESTADORA

13-Nome JACQUELINE RODRIGUES PEREIRA ANTUNES

16/06/1982

10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS 14-Telefone () - - - - -

11-Data Validade da Carteira / / / / / 12-Nome do titular do plano RAMON PABLO ANTUNES CRUZ

12-Número do Cartão Nacional de Saúde
GUIA
CONCLUIDA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19/3/8/9/4/8/1/3/2/5/3/ 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

30-Franquia/Co-participação R\$ 31-Aut 32-Data de Realização 33-Motivo da Guia 34-Assinatura

025 - Faturar Empresa
GUIA
01/08/10

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	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 Guia	42-Assinatura
1-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6 1,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
6-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	7 3,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
7-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28	1	1	7 3,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
8-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	38	1	1	7 3,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
8-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	7 3,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	0,0 0	Ramon
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Fraturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5 9 7,0 0	0,0 0								

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/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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Cartão da Empresa

Ramon Pablos Antunes Cruz