

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



340464
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/10 4-Data de Autorização 11/07/10 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7710744 7-Data Validade da Sentença 14/11/10 8-Data Validade da Sentença 14/11/10

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025271280000003021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TMB DE MORAES EIRELI 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ERICA RAELE DE OLIVEIRA CARDOSO 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano BARBARA LETICIA AUGUSTIN BRAGA 16-Data Validade da Carteira 02/12/1996 17-Data Validade da Carteira

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 19-Plano 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 28-UF AP 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

31-Descrição 32-Quantidade US 33-Franchise/Co-participação R\$ 34-Aut 40-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura



30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	3 4 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
2-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
3-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
4-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
5-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
6-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
7-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
8-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
9-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
10-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
11-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
12-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
13-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
14-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica
15-0	0	8 5 1 0 0 1 9 6			1	6 1 1 0 0	0,00			11/07/10		Erica

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1 5 6 0 0 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Observação

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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/07/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/07/10 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/07/10 53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/07/10

Erica Raeli de Oliveira Cardoso