

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/11/2010 4-Dia de Autorização 11/12/2010 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7778522 7-Dia Validade da Guia 10/11/2010

354918
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10120251977330000011017 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa J.L. MARTINS GAMA ME 11-Dia Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome THALISSA SANTOS NEVES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano JAIME LUIS MARTINS GAMA 16-Data Validade da Guia 11/09/2013 17-Guia CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Avornamento 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 938914813253 22-Nome do Contratado Escusante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Escusante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S



30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			11/12/2010		Jaime Luis
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

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-Franchia 46-Total Quantidade US 34,00 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, ainda que o(s) procedimento(s), do procedimento(s) técnica, e por mim assinado(s), (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.

49-Observação 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Especialista 11/12/2010 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/12/2010 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Jaime Luis Martins Gama