

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-^o



340023
 INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012	4-Data de Autorização 17/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7708719	7-Data Validade da Senha 13/11/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020252642440002801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa UCRI UNIVERSIDADE DA CRIANÇA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CELIANE DA SILVA RAMOS	30/07/1978	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano CELIANE DA SILVA RAMOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CBO S (I) 85100200 (II) 85100218

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	14	1	1	73,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	16	1	1	73,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
3-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	18	1	1	73,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
4-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	1	73,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
5-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	36	1	1	73,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
7-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	MO	1	88,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
8-00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	ODM	1	122,00	0,00	0,00	S	15/07/20		
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fracionamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 663,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratante 15/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
---	---	---	---

+ Jéssica da Silva Ramos