

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



314931
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/09/10 4-Data de Autorização 12/08/10 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7573607 7-Data Validade da Guia 17/10/12

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10020215264244000021903 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa UCRI UNIVERSIDADE DA CRIANÇA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANNABELLY LOUISE LIMA RAMOS 29/11/2010 14-Telefone 15-Nome do titular do plano GENILSON LIMA RAMOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 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 93894813253 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-Taboia	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE		53	11	73,10	0
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE		65	11	73,10	0
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
43-Data Previsto Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$
		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		146,10		10,10

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), 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 este 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 Solicitante 28/07/10 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/07/10 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Genilson Lima Ramos