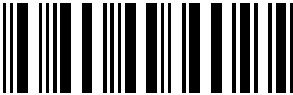




Solicitação de Reembolso

2-Nº



11111458/R

1-Registro ANS 304484	3-Data de Emissão da Guia 1/1/40/4/2	4-Data de Autorização / / / / /	5-Senha APROVADO	6-Número da Guia Principal 11111458/R	7-Data Validade da Senha / / / / /
--------------------------	---	------------------------------------	---------------------	--	---------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0020255644020000010	9-Plano AMPLO DOC	10-Empresa PESSOA FISICA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 701404617592236
13-Nome NATACHA DE OLIVEIRA SANTOS		14-Telefone (98) 855-9099	15-Nome do titular do plano NATACHA DE OLIVEIRA SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEO CENTRO ESPECIALIZADO ODONTOLOGICO LTDA	18-Número no CRO	19-UF BA	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0279551700014	22-Nome do Contratado Executante CEO CENTRO ESPECIALIZADO ODONTOLOGICO	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CEO CENTRO ESPECIALIZADO ODONTOLOGICO LTDA		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S

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 Glosa	42-Assinatura
1-	0345	DOC ORTODONTICA "A"			1	726,00	120,00		N	/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 726,00	47-Valor Total R\$ 120,00	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. 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 Solicitante / / / / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / / / / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / / / / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / / / / /
--	--	--	--