

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ºº



297896
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 10/09/2013		4-Data de Autorização 11/01/2013		5-Semeta AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7463310		7-Data Validade da Semeta 10/17/2016	
8-Número da Carteira 00202522355700044101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VIP CLUB ADM E TERCEIRIZACAO		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional da Saúde			
13-Nome LIVIA RAMALHO TRINDADE		10/04/1993		14-Telefone () - - - - -		15-Nome do titular do plano LIVIA RAMALHO TRINDADE		16-Endereço 10/04/1993			
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		18-Número no CRO 563		19-UF AP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253		22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	
23-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		24-UF AP		25-Código CNES		26-Código CBO S		27-Número no CRO 563		28-UF AP	
29-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		30-UF AP		31-Código CNES		32-Código CBO S		33-Data de Realização 10/03/2013		34-Motivo da Cláusula 42-Assinatura Livia	
35-Data de Tratamento / Procedimentos Solicitados		36-Data de Realização		37-Valor		38-Franchise/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização	
31-Código do Procedimento 1-0008100030		32-Descrição CONSULTA ODONTOLÓGICA		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 34,00	
2-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
3-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
4-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
5-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
6-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
7-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
8-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
9-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
10-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
11-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
12-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
13-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
14-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
15-00084000198		32-Descrição PROFILAXIA: POLIMENTO		33-Dente/Região 1		34-Face 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 35,00	
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franchise / Co-participação R\$	
11/11/11		1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodomia 4-Urgência Emergência		1-Total 2-Parcial		1174,00		10,00		10,00	

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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Dentista / Responsável

53-Data, local e Assinatura da Empresa

Livia Ramalho Trindade

GUIA CONCLUIDA