

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

[illegible]

01/09/2003	Dr. Nayara E. C. Nobre Cirurgia - Dentista CRO: 10035	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista
01/09/2003	Dr. Nayara E. C. Nobre Cirurgia - Dentista CRO: 10035	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
01/09/2003		53-Dia, local e Cópia da Imprensa

2.11.2



Digitalizado com CamScanner

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-HP

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2010	4-Data de Autorização 10/09/2010	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190548	7-Data Validade da Senha 10/09/2010
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000022273185	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708408730586166	
13-Nome ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ORLANDO BASTOS DE ALMEIDA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		18-Número no CRO 10035	19-UF CE	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05628727369		22-Nome do Contratado Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		23-Número no CRO 10035	24-UF CE
26-Nome do Profissional Executante NAYRA EVELLYN CAVALCANTE NOBRE		27-Número no CRO 10035		28-UF CE	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 Closs	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/09/2010		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/09/2010	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 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. 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 10/09/2010 NAYRA E. C. Nobre Cirurgião-Dentista CRO 10035	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/09/2010 NAYRA E. C. Nobre Cirurgião-Dentista CRO 10035	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2010 Orlando Bastos de Almeida	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	--	---	-------------------------------------