



1-Registro ANS 406414 2-Dia de Emissão do Guia 12/5/10 8/12/01 4-Dia de Autorização 12/7/10 8/12/01 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7819902 7-Data Validade da Semeta 12/3/11 1/12/01

363646
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0002025264244000010104 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 SOPHYE DANTAS DE VASCONCELOS RIBEIRO 08/08/2003 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano KELLY DANTAS DE VASCONCELOS

GUIA
CONCLUÍDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-LUF 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-LUF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-LUF AP 29-Código CBO S



30-1-Trabalha	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade Regime	34-Frete	35-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	6,10	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
11-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	1	1	7,30	0,00	0,00	0,00	12/08/2003		Kelly
12											
13											
14											
15											

43-Dia Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1552,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

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), 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 solicitante 12/10/2010 ALESSANDRA BRITO LOBATO 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/2010 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/08/2003 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Kelly Dantas de Vasconcelos