

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 5/12/0 4-Data de Autorização 11/9/10 5/12/0 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7549795 7-Data Validade de Senha 10/5/10 8/12/0

311202
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 101020252642440000229031

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

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 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-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	73,00	0,00	0,00	S	16/05/10	operação	
2	00	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	73,00	0,00	0,00	S	16/05/10	operação	
3	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1	12,00	0,00	0,00	S	19/05/10	Genilson	
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Urgência/Emergência	48-Tipo de Faturamento	49-Total Quantidade US	50-Valor Total R\$	51-Total Franquia / Co-participação R\$				
	1-1				1-1	218,00	0,00					

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(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 Conselho-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Conselho-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Alessandra Brito Lobato
CRO - 563-AP

Genilson Lima Gomes