



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/11/01/12/11	4-Data de Autorização 12/11/01/12/11	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8218563	7-Data Validade da Série 12/11/01/12/11	459232
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--	--------

8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIS FERNANDO POLIZELLO	14-Telefone (117) 363216725	15-Nome do titular do plano LUIS FERNANDO POLIZELLO	

16-Abandono e RN MATEUS NUNES SAMPAIO		18-Número no CRO 135977	19-UF SP	20-Código CBO S
17-Nome do Profissional Solicitante MATEUS NUNES SAMPAIO		23-Número no CRO 135977	24-UF SP	25-Código CNEB
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 145266829850111		22-Nome do Contratado Executante MATEUS NUNES SAMPAIO	26-UF SP	28-Código CBO S
26-Nome do Profissional Executante MATEUS NUNES SAMPAIO		27-Número no CRO 135977	28-UF SP	28-Código CBO S

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		
1-00	85200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	17		1	533,00	0,00		512910241211					
2-00	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	37		1	73,00	0,00		512710112111					
3-00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		512710112111					
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		51041012112111					
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		51041012112111					
6-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		51041012112111					
7-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		51041012112111					
8-00														
9-00														
10-00														
11-00														
12-00														
13-00														
14-00														
15-00														
43-Data Previsto Término do Tratamento					44-Tipo de Abandono		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$	
1-1-1-1-1-1-1-1-1-1					1-Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial	

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 12/01/2012/12/11 Mateus Nunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/01/2012/12/11 Mateus Nunes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/01/2012/12/11	53-Data, local e Carimbo da Empresa 12/01/2012/12/11
--	--	---	---

Sempres

Sempres

Dr. Mateus Nunes Sampaio
Cirurgião Dentista
CROSP 135977