



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 1-6/10/9/12/0 4-Dados de Autorização 1-8/10/9/12/0 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7875465 7-Data Validade da Semana 1-15/11/12/12/0

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 1 0 4 0 2 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 1-1/1/1/1/1 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANA LUIZA TEMBE MATINE DE SANTANA 07/07/2014 14-Telefone 15-Nome do titular do plano IARA ARMINDA TEMBE MATINE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R1 N 17-Nome do Profissional Solicitante NICOLAU JORGE LAUAND NETO 18-Número no CRO 34312 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código no Observatório / CNP / CPF 1 0 8 9 3 2 2 0 8 9 2 22-Nome do Contratado Executante NICOLAU JORGE LAUAND NETO 23-Número no CRO 34312 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante NICOLAU JORGE LAUAND NETO 27-Número no CRO 34312 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Índice do Guia	42-Assinatura
1-0 0	8 1 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00		S	16/09/20		
2-0 0	8 4 0 0 0 9 0	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7 2 0 0	0,00		S	09/10/20		
3-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
4-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
5-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
6-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
7-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
8-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
9-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
10-0 0	8 4 0 0 0 7 4	APLICAÇÃO DE SELANTE DE			1	4 9 0 0	0,00		S	19/10/20		
11												
12												
13												
14												
15												
43-Código previsto no plano de tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
1-9/11/2012	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	4 9 8 0 0	0 0 0								

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-Local e Assinatura do Contratado-Donatário Beneficiário

51-Local, Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Local, Data e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Cambio da Empresa

Assinatura

Assinatura

Assinatura (MPC)