

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/10 11/20	4-Data de Autorização 13/11/10 11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7950881	7-Data Validade da Senha 08/10/11 12/11
--------------------------	---	---	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102025105506008470002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome LAZARO AYRES DE OLIVEIRA FILHO	14-Telefone (115) 12110410883	15-Nome do titular do plano MARILIDIA XAVIER AYRES DE OLIVEIRA
---	----------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 108152999660	22-Nome do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela 31-Código do Procedimento 2-0085400408	32-Descrição PRÓTESE PARCIAL REMOVÍVEL	33-Dente/Região AI	34-Face AS	35-Cid 1	36-Quantidade US 1698	37-Valor 1000	38-Franquia/Co-participação R\$ 05122000	39-Aut 05122000	40-Data de Realização 05122000	41-Motivo da Gloriosa 42-Assinatura 05122000
--	---	-----------------------	---------------	-------------	--------------------------	------------------	---	--------------------	-----------------------------------	---

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Falhamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 327600	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
15					
14					
13					
12					
11					
10					
9					
8					
7					
6					
5					
4					
3					

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 05/12/2005 Dra. Suelen Mezzette de Oliveira CROSP 112913	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/12/2005 Dra. Suelen Mezzette de Oliveira CROSP 112913	52-Data, local e Assinatura do Responsável 05/12/2005 Dra. Suelen Mezzette de Oliveira CROSP 112913	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	-------------------------------------