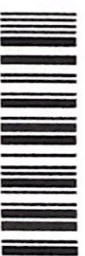




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-H*



451308
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 11/11/011/211	4-Data de Autorização 11/14/1011/211	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8185298	7-Dia Validade da Guia 11/11/014/211
--------------------------	---	---	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 10101201215110151016101111151710121	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA (1181) 317121314101719	11-Dia Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome AMELIA BORGES DE CARVALHO REIS	18/03/1964	14-Teléfono (1181) 317121314101719	15-Nome do titular do plano AMILSON BARREIRA DOS REIS
---	------------	---------------------------------------	--

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MATEUS NUNES SAMPAIO	18-Número no CRO 135977	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1415121618121918151011	22-Nome do Contratado Executante MATEUS NUNES SAMPAIO	23-Número no CRO 135977	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85100218
---	--	----------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante MATEUS NUNES SAMPAIO	27-Número no CRO 135977	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentes Freijão	34-Fraco	35-Qntd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia / Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1-01018141010119181			PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
2-01018141010119181			PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
3-01018141010119181			PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
4-01018141010119181			PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	11	13510101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
5-010181511010121181			RESTAURAÇÃO RESINA	DOP	11	121210101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
6-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
7-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
8-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
9-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
10-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
11-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
12-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
13-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
14-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia
15-010181511010119161			RESTAURAÇÃO RESINA		11	161110101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	1010101	Amelia

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/011/11	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 Quantitativo US 312131010	47-Valor Total R\$ 1010101	48-Total Financeiro / Co-participação R\$ 1010101
--	--	---	---------------------------------------	-------------------------------	--

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) acima e por mim assinado(s), (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-Dia Validade e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 11/11/011/11 MATEUS NUNES SAMPAIO	51-Dia Validade e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/011/11 MATEUS NUNES SAMPAIO	52-Dia Validade e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/011/11 AMILSON BARREIRA DOS REIS	53-Dia Validade e Carimbo da Empresa 11/11/011/11 Dr. MATEUS NUNES SAMPAIO
---------------	---	---	--	---

Cirurgião Dentista
CROSP 135977