

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/01/04 4-Data de Autorização 12/01/04 5-Será Autorizado 6-Número da Guia Principal 7519290 7-Data Validade da Guia 19/07/12

307343
 INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 10/02/02 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

GUIA
 CONCLUIDA

13-Nome SAMI PINHEIRO ALVES 14-Telefone 15-Nome do titular do plano EMERSON FRANCIS COSTA DA SILVA 16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Código CNES 24-UF AP 25-Código CBO S 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 30-Valor 025 - Faturar Empresa

GUIA
 ENVIADA
 30/01/12

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- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,5	0,00	0,00	0,00	10/01/12		Sami Pinheiro Alves
2- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,5	0,00	0,00	0,00	10/01/12		Sami Pinheiro Alves
3- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,5	0,00	0,00	0,00	10/01/12		Sami Pinheiro Alves
4- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,5	0,00	0,00	0,00	10/01/12		Sami Pinheiro Alves
5- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
6- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
7- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
8- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
9- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
10- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
11- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
12- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
13- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
14- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											
15- 0 0	8 4 0 0 0 1 9 8											

43- Data Previsto Término do Tratamento 44- Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência 45- Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcela 46- Total Quantidade US 140,00 47- Valor Total R\$ 10,00 48- Total Franquia / Co-participação R\$

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 pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49- Observação

50- Data Total e Assinatura de CNPJ - Dentista Solicitante 51- Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52- Data Total e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53- Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Sami Pinheiro Alves