

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



304425
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/7/10 13/12/10		4-Data de Autorização 13/10/10 13/12/10		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7497860		7-Data Validade da Sentença 12/5/10 16/12/10	
8-Número da Carteira 10102021512049141510010040131		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS		11-Data Validade da Carteira 12/7/10 13/12/10		12-Número do Cartão Nacional da Saúde			
13-Nome SHIRLEANY ODELLY DE LIMA BRITO		14-Teléfono () - - - - -		15-Nome do titular do plano DEOMIR DA SILVA BRITO		16-Endereço 11/10/2006					
17-Endereço do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		18-Número no CRO 563		19-UF AP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 191381914813121513		22-Endereço do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		23-Número no CRO 563		24-UF AP		25-Código CNES			
26-Endereço do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563		28-UF AP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabela											
31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente Região		34-Face		35-Cid		36-Quantidade US	
1-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1		1		351010	
2-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1		1		351010	
3-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1		1		351010	
4-000184000198		PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1		1		351010	
5-000184000198											
6-000184000198											
7-000184000198											
8-000184000198											
9-000184000198											
10-000184000198											
11-000184000198											
12-000184000198											
13-000184000198											
14-000184000198											
15-000184000198											
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Exame Radiológico		46-Ortodontia		47-Indicador Emergência			
11/10/2006		1-1 Tratamento Odontológico		2-Exame Radiológico		3-Ortodontia		4-Indicador Emergência			
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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 Contratado Executante 30/05/2010 ALESSANDRA BRITO LOBATO CRM - 553 - AP											
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2006 ALESSANDRA BRITO LOBATO CRM - 553 - AP											
52-Data, local e Assinatura do Responsável / Responsável 30/05/2010 ALESSANDRA BRITO LOBATO CRM - 553 - AP											
53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/10/2006 ALESSANDRA BRITO LOBATO CRM - 553 - AP											