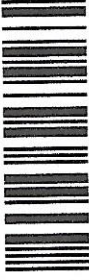




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

(27/01/1973) 23231333-N 002-P

325057

INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 4 / 0 9 / 2 0

6-Número da Guia Principal
7636901

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
12 / 4 / 0 6 / 12 / 0 1

3-Data de Emissão da Guia
1 6 / 0 1 / 6 / 12 / 0 1

1-Registro ANS
406414

8-Número de Carteira 10 0 2 0 1 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 6 9 2 5 0 5	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDSON APARECIDO MARQUES	14-Telefone () / / / / /	15-Nome do titular do plano SOCORRO DE MARIA OLIVEIRA GOMES	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA SANTANA BORGES	18-Número no CRO 78161	19-UF SP	20-Código CEO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 17 1 8 2 4 1 0 8 8 1	22-Nome do Contratado Executante MARCIA SANTANA BORGES	23-Número no CRO 78161	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARCIA SANTANA BORGES		27-Número no CRO 78161	28-UF SP	29-Código CEO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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-Núcleo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento										
1-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
3-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
4-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
5-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
6-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
7-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
8-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
9-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
10-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	25	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
11-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
12-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	31	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
13-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	32	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
14-0 0 1 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	33	V	1	6 1 1 0 0	0 1 0 0		S	0 7 0 7 2 0	428261
15											

43-Data de Realização 0 7 / 0 7 / 2 0	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15 16-16 17-17 18-18 19-19 20-20 21-21 22-22 23-23 24-24 25-25 26-26 27-27 28-28 29-29 30-30 31-31 32-32 33-33 34-34 35-35 36-36 37-37 38-38 39-39 40-40 41-41 42-42 43-43 44-44 45-45 46-46 47-47 48-48 49-49 50-50 51-51 52-52 53-53 54-54 55-55 56-56 57-57 58-58 59-59 60-60 61-61 62-62 63-63 64-64 65-65 66-66 67-67 68-68 69-69 70-70 71-71 72-72 73-73 74-74 75-75 76-76 77-77 78-78 79-79 80-80 81-81 82-82 83-83 84-84 85-85 86-86 87-87 88-88 89-89 90-90 91-91 92-92 93-93 94-94 95-95 96-96 97-97 98-98 99-99 100-100	45-Tipo de Faturamento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15 16-16 17-17 18-18 19-19 20-20 21-21 22-22 23-23 24-24 25-25 26-26 27-27 28-28 29-29 30-30 31-31 32-32 33-33 34-34 35-35 36-36 37-37 38-38 39-39 40-40 41-41 42-42 43-43 44-44 45-45 46-46 47-47 48-48 49-49 50-50 51-51 52-52 53-53 54-54 55-55 56-56 57-57 58-58 59-59 60-60 61-61 62-62 63-63 64-64 65-65 66-66 67-67 68-68 69-69 70-70 71-71 72-72 73-73 74-74 75-75 76-76 77-77 78-78 79-79 80-80 81-81 82-82 83-83 84-84 85-85 86-86 87-87 88-88 89-89 90-90 91-91 92-92 93-93 94-94 95-95 96-96 97-97 98-98 99-99 100-100	46-Total Quantidade US 7 5 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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, compreendendo-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), fôroam 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Assinado Local / Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
Dr. Marcia S. Borges
Assinado Local / Assinatura do Profissional Assistente
Dr. Marcia S. Borges
Assinado Local / Assinatura do Profissional Assistente
Dr. Marcia S. Borges