

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



308482
 INTERCÂMBIO

1-Regulamento ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2012	4-Data de Autorização 27/10/2012	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7527277	7-Data Validade da Série 23/10/2012
-----------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Dados do Beneficiário

8a-Número da Carteira 00020252049450000505	9a-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS	11-Data Validade da Carteira 11/07/1989	12-Data Validade da Guia 11/07/1989
---	---------------------------------	--	--	--

13-Nome

EUDELENE NUNES SOUTO

15-Nome do titular do plano
VALDINEI MIRANDA ALFAIA

GUIA

CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N	17-Nome 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 93894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES
--	---	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome 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-Clín	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	V	1	61,00	0,00		S	23/10/2012		Eudelene
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 427,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	---

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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a aplicar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/2012	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2012	53-Data local e Assinatura da Empresa 23/10/2012
--	--	--	---

Eudelene Nunes Souto