

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



1-Registro AINS 406414 3-Dados de Emissão da Guia 12/4/10 8/12/01 4-Data de Autorização 12/5/10 8/12/01 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7816017 7-Data Validade da Semana 12/2/11 11/12/01

8-Número da Carteira 10/0/2/0/2/5/2/0/4/9/4/5/0/0/0/0/6/8/0/1 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

13-Nome PAULO ROBERTO SOARES MALCHER 16/11/1980 14-Telefone 15-Nome do titular do plano PAULO ROBERTO SOARES MALCHER

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 025 - Faturar Empresa

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF 9/3/8/9/4/8/1/3/2/5/3 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Excusante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Teleta	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 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	✓	1	3,4	10,0	0,0	0,0	0,0		
2-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	HASD	1	3,5	10,0	0,0	0,0		
3-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	HASE	1	3,5	10,0	0,0	0,0		
4-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	HAIE	1	3,5	10,0	0,0	0,0		
5-0	0	8 4 0 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	HAID	1	3,5	10,0	0,0	0,0		
6-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	✓	27	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	
7-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		28	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	
8-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		47	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	
9-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		45	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	
10-0	0	8 5 1 0 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA		37	0	1	6,1	10,0	0,0	0,0	
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Citodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 1479,10 47-Valor Total R\$ 10,10 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido todos 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 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 Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Paulo Roberto Soares Malcher

Paulo Roberto Soares Malcher



362878 INTERCAMBIO