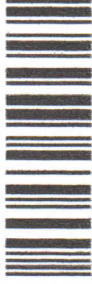




Indiquem para você emitir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 8 / 0 4 / 2 2	4-Data de Autorização 2 8 / 0 4 / 2 2	5-Semina AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9840871	7-Data Validade da Sanha 2 7 / 0 7 / 2 2	960858 INTERCAMBIO
Dados do Beneficiário:						
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 1 3 7 3 8 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome EDILEUSA LIMA DA SILVA		14-Telefone (11) 4 5 1 1 1 8 5 9		15-Nome do titular do plano EDILEUSA LIMA DA SILVA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA		18-Código do Contrato 0 1 3 2 0 1 3 0 8 0 0 5		
21-Código na Operação / CNPJ / CPF 0 1 3 2 0 1 3 0 8 0 0 5		22-Nome do Contratado Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA		23-Código CNES 134645		
26-Nome do Profissional Executante ESTEFANIA GUNTZEL DA SILVA		27-Número do CRO 134645		28-Código CBO S SP		
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						
30-Tabela 1 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região 1	34-Face 3 4 0 0	35-Qtd 1	36-Quantidade US 0 0 0
37-Valor						
38-Franquia/Co-participação R\$						
39-Aut 2 8 / 0 4 / 2 2						
40-Motivo da Glosa 42-Assinatura Edileusa						
41-Data de Realização						
42-Data de Realização						
43-Data Total R\$						
44-Total Franquia / Co-participação R\$						
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial						
46-Total Quantidade US 1 3 4 0 0						
47-Valor Total R\$						
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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.						
49-Observação						
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 2 8 / 0 4 / 2 2 Estefania Guntzel						
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 2 8 / 0 4 / 2 2 Edileusa L. Silva						
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 2 8 / 0 4 / 2 2 Edileusa L. Silva						
53-Data, local e Contato da Empresa 2 8 / 0 4 / 2 2						
Dra. Estefânia Guntzel Cirurgião-Dentista CRO 134645						