



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



283786
INTERCAMBIO

REGISTRO PARA 1025 5079

1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/06/10 12/12/10

4-Data de Autorização
12/09/10 12/12/10

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7385753

7-Data Validade da Guia
10/06/10 15/12/10

8-Data de Benefício

9-Número da Carteira
10/02/02 510550601732202

10-Plano
POS REDE PRESTADORA

11-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

12-Data Validade da Carteira
11/11/11

13-Nome do Cartão Nacional de Saúde

14-Nome
SAMUEL LISBOA DO ROSARIO

30/08/2010

15-Endereço
() 96216090

16-Endereço do Balar do Plano
ARLUNDA DOS SANTOS LISBOA

17-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento

18-Endereço a R/N

19-Nome do Profissional Solicitante
AMANDA DUSI MENDES

20-Nome do Profissional Executante
AMANDA DUSI MENDES

21-Número no CRO
118537

22-Número no CRO
118537

23-UF
SP

24-Código CBO S
025 -

25-Código CHES
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

30-1-Indicador
31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dente Região

34-Faixa

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franchisa/Co-participação R\$

39-Aux

40-Data de Realização

41-Medico da Guia

42-Signatura

1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5
CONSULTA ODONTOLÓGICA

2-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

3-0 0 8 5 1 0 0 1 3 7
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

4-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

5-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

6-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

7-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

8-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

9-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

10-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

11-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

12-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

13-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

14-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

15-0 0 8 5 1 0 0 1 4 5
RESTAURAÇÃO EM IONOMERO

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Tipo de Faturamento

47-Tipo de Faturamento

48-Tipo de Faturamento

49-Tipo de Faturamento

50-Tipo de Faturamento

51-Tipo de Faturamento

52-Tipo de Faturamento

53-Tipo de Faturamento

54-Tipo de Faturamento

55-Tipo de Faturamento

56-Tipo de Faturamento

57-Tipo de Faturamento

58-Tipo de Faturamento

59-Tipo de Faturamento

60-Tipo de Faturamento

61-Tipo de Faturamento

62-Tipo de Faturamento

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 compondo-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), (foram realizados) 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

46-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