



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2Aº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/10/11 23	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1308474	7-Data Validade da Senha 23/10/14 12 3
--------------------------	--	------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---

1308474
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 002025411130009501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa GN ASSESSORIA E COBRANÇAS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANE CAROLINE DE OLIVEIRA PEREIRA	16/02/1992	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano ANE CAROLINE DE OLIVEIRA PEREIRA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA	18-Número no CRO 94990	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 142291020001918	22-Nome do Contratado Executante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA ME	23-Número no CRO 94990	24-UF SP	25-Código CNES 99999999	
26-Nome do Profissional Executante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA		27-Número no CRO 94990	28-UF SP	29-Código CBO S	

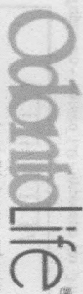
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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	082000921	GENGIVECTOMIA	S6	1	1	44,00	0,00		N			
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsão Término do Tratamento	44-1-Tipo de Atendimento	4-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	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 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 LOURDES MELINA A. Dentista CROSP: 94990	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista LOURDES MELINA A. Dentista CROSP: 94990	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável ANE CAROLINE DE OLIVEIRA PEREIRA Cirurgiã Dentista CROSP: 94990	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/06/2012 Dra. Lourdes Melina A. Dentista
---	---	--	--



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 408414	3-Data de Emissão da Guia 11/3/1011/213	4-Data de Autorização 11/11/11/11	5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1295384	7-Data Validade da Série 11/3/1014/1213
--------------------------	--	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--

1295384
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102025110550610026731011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome FABIO LUIZ DE AGUIAR RIBEIRO	14-Teléfono (11) 11111111	15-Nome do Titular do Plano FABIO LUIZ DE AGUIAR RIBEIRO
---	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA	18-Número no CRO 94990	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	---	---------------------------	-------------	--------------------------

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1142291102000198	22-Nome do Contratado Excepcional LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA ME	23-Número no CRO 94990	24-UF SP	25-Código CNES 9999999
---	--	---------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Excepcional LOURDES MELINA ARAGON ZAMATA	27-Número no CRO 94990	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	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-Montante de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030			1	34,00	0,00		N			
2	00	85300047			1	36,00	0,00		N			
3	00	85300047			1	36,00	0,00		N			
4	00	85300047			1	36,00	0,00		N			
5	00	85300047			1	36,00	0,00		N			
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/11	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	78,00	0,00								

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(ram) 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 Cirurgia Dentista CROSP-94990	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Cirurgia Dentista CROSP-94990	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável CROSP-94990	53-Data, local e Carimbo da Empresa CROSP-94990
---	---	--	--

Dra. Lourdes Melina A.
Cirurgia Dentista
CROSP 94990