

[illegible]

2. No

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/09/2012		4-Data de Autorização 12/09/2012		5-Sinistro AUTORIZADO		6-Número de Guia Principal 8431699		7-Data Validade da Sanha 12/09/2012		510747 INTERCÂMBIO											
8-Número da Central 00020251050601776001		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Contrato Nacional de Saúde															
13-Nome GISELE FERREIRA DA GAMA		13/05/1982		14-Telefone (11) 11111111		15-Nome do titular do plano GISELE FERREIRA DA GAMA																	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA		18-Número no CRO 114176		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100218															
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 31939238854		22-Nome do Contratado Estudante JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA		23-Número no CRO 114176		24-UF SP		25-Código CNES															
26-Nome do Profissional Excepcional JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA		27-Número no CRO 114176		28-UF SP		29-Código CBO S																	
30-Tabella 31-Código do Procedimento 10085100218		32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA		33-Dente/Região 25 MOD 1		34-Face MOD 1		35-Qtd 1		36-Quantidade US 12200		37-Válido 0000		38-Franquia/Co-participação R\$ 000		39-Aut S		40-Data de Realização 12/09/2012		41-Motivo de Glauca 42-Assinatura [Assinatura]			
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
43-Data Previsão Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1		45-Tipo de Faturamento 1		46-Tipo de Faturamento 1		47-Valor Total R\$ 12200		48-Total Franquia - Co-participação R\$ 000													
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentadas, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em "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 11/11/11														51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/11/11									
52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11														53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11									