

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 18/11/2012 4-Data de Autorização 18/12/2000 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7797690 7-Data Validade da Senha 11/11/2012

359153
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 0002025204945000041104 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 VITOR ARAUJO DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano DISRAEL MORAIS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 30-Data de Realização 31-Valor 32-Franquia/Co-participação R\$ 33-Aut 34-Data de Realização 41-Motivo da Glosa 42-Assinatura

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 E.C. 01/11/20

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,40	0,00			11/11/2012		Ute
2-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00			11/11/2012		Ute
3-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00			11/11/2012		Ute
4-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00			11/11/2012		Ute
5-00	840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00			11/11/2012		Ute
6-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	OM	1	1	8,80	0,00			11/11/2012		Ute
7-00	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7,30	0,00			11/11/2012		Ute
8-00	820000875	EXODONTIA SIMPLES DE		1	1	7,30	0,00			11/11/2012		Ute
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcela 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Ute Araujo da Silva