

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



323120
INTERCAMBIO

7-Data Validade da Senha
0 8 / 0 9 / 1 2 0

6-Número da Guia Principal
7627956

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 1 0 6 / 1 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 0 / 1 0 6 / 1 2 0

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

10-Empresa
INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

15-Número da Carteira
0 0 2 0 2 5 2 0 4 9 4 5 0 0 0 1 2 0 7

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone
() / / / / /

11/08/2009

13-Nome
RIAN JOSE SOUZA PELAES

15-Nome do titular do plano
RICHARDSON PELAES DA SILVA ROCHA

18-Número no CRO
563

22-Nome do Contratado Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3

20-Código CBO S
025 - Faturar Empresa

24-UF
AP

27-Número no CRO
563

25-Nome do Profissional Executante
ALESSANDRA BRITO LOBATO

23-Número no CRO
563

28-UF
AP

33-Dente/Região
55

32-Descrição
EXODONTIA SIMPLES DE

29-Código CBO S

34-Face

35-Qtd

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia/Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Class 42-Assinatura

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\$

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura 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.

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

55-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

56-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

57-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

58-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

59-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

60-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

61-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

62-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

63-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

64-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

65-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

66-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

67-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

68-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

69-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

70-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

71-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

72-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

73-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

74-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

75-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

76-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

77-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

78-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

79-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

80-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

81-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

82-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

83-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

84-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

85-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

86-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

87-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

88-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

89-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

90-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

91-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

92-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

93-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

94-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

95-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

96-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

97-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

98-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

99-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

100-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

101-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

102-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

103-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

104-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

105-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

106-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

107-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

108-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

109-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

110-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista