

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 12/01/03 4-Data de Autorização 12/01/03 5-Sereta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7495191 7-Data Validade da Sereta 11/08/06 8-Número de Guia Principal 7495191

303958
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira 1012025204945000041104

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

GUIA
CONCLUÍDA

13-Nome VITOR ARAUJO DA SILVA

18/12/2000

14-Telefone

15-Nome do titular do plano DISRAEL MORAIS DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

27-Número no CRO 563

28-UF AP

29-Código CBO S

20-Código CBO S 025 -

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Doença	42-Assinatura
1-000	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		314,00				2003/20		Disrael
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	61,00				2003/20		Disrael
3-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	61,00				2003/20		Disrael
4-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	61,00				2003/20		Disrael
5-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00				2003/20		Disrael
6-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00				2003/20		Disrael
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Exame Radiológico	46-Ortodontia	47-Engenharia	48-Tipo de Faturamento	49-Tipo de Quantidade US	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$			
	1-1-Tratamento Odontológico	2-Exame Radiológico	3-Ortodontia	4-Engenharia	1-Total 2-Parcial		339,00		0,00			

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) o(s) o(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 de Serviço 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

