

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



306150
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/3/10 4-Data de Autorização 11/3/10 5-Sereta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7509880 7-Data Validade da Sereta 11/2/10 7/12/10

8-Número da Carteira 00202520494500003104 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 ALESSANDRO RODRIGUES DE OLIVEIRA 01/07/2007 14-Telefone 15-Nome do titular do plano FRANCISCO ZACARIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Aliamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Ítem	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	0	84000090			1	72,00	0,00			11/3/2010		Francisco
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Dados Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Aliamento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 72,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(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-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 51-Diga, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Diga, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Diga, local e Assinatura da Empresa

Francisco Rodrigues de Oliveira