

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



337151
INTERCÂMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/07 4-Data de Autorização 11/31/07 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7695856 7-Data Validade da Sentença 10/8/11 10/12/10

8-Número da Carteira 10102025304298000005014 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome DANIELA BOGEA MUNIZ 20/09/1996 14-Telefone 15-Nome do titular do plano DJALMA ANTONIO LEITE MUNIZ

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 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 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-Tabela	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
1-00	01	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	3,4	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
2-00	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
3-00	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
4-00	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
5-00	01	PROFILAXIA: POLIMENTO	1	1	1	3,5	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
6-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
7-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
8-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
9-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
10-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
11-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
12-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
13-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
14-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela
15-00	01	RESTAURAÇÃO RESINA	1	1	1	6,1	0,0	0,0	0,0	13/07/07		Daniela

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 723,00 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaração: 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.

48-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

X Daniela Boguea Muniz