

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



311144
INTERCAMBIO

1-Região ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/7/10 5/12/10 4-Data de Autorização 10/7/10 5/12/10 5-Série Autorizado 7547630 6-Número da Guia Principal 7547630 7-Data Válida da Série 10/5/10 8/12/10

8-Número da Carteira 100210215204945000062021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS 11-Data Válida da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome LUCILENE LOBATO RODRIGUES 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano EDER MORAIS MARTINS

Dados do Contratado / Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-LUF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1913894813253 22-Nome do Contratado Excuente ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-LUF AP 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Excuente ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-LUF AP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Quantidade	34-Região	35-Quil	36-Quantidade de US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Situa	42-Assinatura
1-0	0	8	1	0	0	0	3	0				
2-0	0	8	5	1	0	0	2	0	0			
3-0	0	8	2	0	0	0	8	7	5			
4-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
5-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
6-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
7-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
8-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
9-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
10-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
11-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
12-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
13-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
14-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
15-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
16-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
17-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
18-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
19-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
20-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
21-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
22-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
23-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
24-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
25-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
26-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
27-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
28-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
29-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
30-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
31-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
32-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
33-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
34-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
35-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
36-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
37-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
38-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
39-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
40-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
41-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
42-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
43-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
44-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
45-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
46-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
47-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
48-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
49-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
50-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
51-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
52-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
53-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
54-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
55-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
56-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
57-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
58-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
59-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
60-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
61-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
62-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
63-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
64-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
65-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
66-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
67-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
68-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
69-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
70-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
71-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
72-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
73-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
74-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
75-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
76-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
77-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
78-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
79-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
80-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
81-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
82-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
83-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
84-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
85-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
86-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
87-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
88-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
89-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
90-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
91-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
92-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
93-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
94-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
95-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
96-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
97-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
98-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
99-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
100-0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			

43-Data Prescrição Termino do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 45-Tipo de Tratamento 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima é por mim assinado(s), (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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista 52-Data, local e Assinatura do Responsável 53-Data, local e Assinatura do Responsável