

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



329842
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	4-Data de Autorização 12/06/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661981	7-Data Validade da Senha 12/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025204945000028011	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 JANIO ATAIDE BARRETO	14-Telefone () / /	15-Data Validade da Carteira / /	16-Data Validade da Carteira / /
---------------------------------	------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO S /
--	-------------------------	-------------	----------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 913181948113253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP
--	---	-------------------------	-------------

25-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	26-Número no CRO 563	27-UF AP	28-Código CEO 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 Class 42-Assinatura
1-0108151001916	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	1	61,00	0,00	0,00	S	26/06/20	Danio
2-01081410001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/06/20	Danio
3-01081410001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/06/20	Danio
4-01081410001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/06/20	Danio
5-01081410001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	35,00	0,00	0,00	S	26/06/20	Danio

6-01081410001918											
7-01081410001918											
8-01081410001918											
9-01081410001918											
10-01081410001918											
11-01081410001918											
12-01081410001918											
13-01081410001918											
14-01081410001918											
15-01081410001918											

43-Data Previsto Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Fraturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 201,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

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(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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 26/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/06/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa / /
---	--	---	---

x Danio Ataide Barreto