

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/10/16 4-Data de Autorização 18/10/16 5-Sineta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7638840 7-Data Validade da Sineta 15/10/19 325370 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 0020202522659800000618011 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa ARAUCO INDUSTRIA DE PAINEIS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROBERTO CESAR ELIAS 14-Telefone 30/09/1981 15-Nome do titular do plano ROBERTO CESAR ELIAS 16-Mendicância a RUI 17-Nome do Profissional Solicitante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1630113932600 22-Nome do Contratado Executante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA 23-Número no CRO 48860 24-UF MG 25-Código CHES 26-Nome do Profissional Executante ARIVALDA EURIPEDES DA SILVA 27-Número no CRO 48860 28-UF MG 29-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

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 Guia 42-Assinatura
1-10	018510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	L	1	161,00	0,00	0,00	11/10/19	11/10/19	X
2-10	018510101196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	L	1	61,00	0,00	0,00	11/10/19	11/10/19	X
3-1											
4-1											
5-1											
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Tipo de Faturamento 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Tipo de Faturamento 49-Valor Total R\$ 10,00

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) 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/11/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2019 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2019 53-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2019 54-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2019 55-Data, local e Assinatura da Empresa 10/11/2019