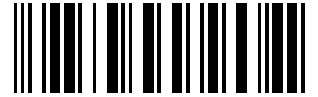


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1282523
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/01/23	4-Data de Autorização _/_/___/___	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1282523	7-Data Validade da Senha 03/04/23
--------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202529056200037201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira _/_/___/___	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome GISELLY CHRYSTYNA SANTOS AZEVEDO 17/05/1997		14-Telefone (_) -_-_-_-_-		15-Nome do titular do plano GISELLY CHRYSTYNA SANTOS AZEVEDO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 07265270000173	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA PINHEIRO DA SILVA	23-Número no CRO 5480	24-UF AM	25-Código CNES 9999999
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		27-Número no CRO 5480	28-UF AM	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	/		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	/		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	/		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	/		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	/		
6-										/		
7-										/		
8-										/		
9-										/		
10										/		
11										/		
12										/		
13										/		
14										/		
15										/		

43-Data Previsão 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-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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/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 _/_/___/___	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/___/___	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/___/___	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/___/___
--	--	--	--