



GUIA TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- N° Guia no Prestador

281207S



1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
4 1 7 1 3 1		1 0 1 0 2 0 2 3	2 8 1 2 0 7 S	0 7 0 4 2 0 2 4	2 8 1 2 0 7 S

Dados do Beneficiário

[illegible][illegible]

13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 -Atendimento a RN
SIMONE SILVA DOS SANTOS	(7 1) * * * * 9 6 7 7		[N]

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
ELIANE PEREIRA VASCONCELOS	1 3 2 7 3	B A	9 9 9 9 9 9

21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF	25 - Código CNES
7 9 8 0 9 9 4 4 5 0 0	ELIANE PEREIRA VASCONCELOS	1 3 2 7 3	B A	9 9 9 9 9 9 9 9

26 - Nome do Profissional Executante	27 - Número no CRO	28 - UF	29 - Código CBO
ELIANE PEREIRA VASCONCELOS	1 3 2 7 3	B A	9 9 9 9 9 9

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

[illegible]

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)	08:58
_ / _ / _	_	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	1	4		8 8 3 2		

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 / Justificativa

50-Data da Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	51-Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 	52- Data da assinatura do Cirurgião-Dentista _____	53-Assinatura do Cirurgião-Dentista
---	---	--	---

54-Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável	55-Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56- Data do carimbo da empresa
____/____/____		____/____/____