



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/11 23	4-Data de Autorização 20/10/11 23	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10757637	7-Data Validade da Sentença 11/10/14 23
--------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020253674750000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Endereço FOUAD WILLIAM DAGHER	11-Data Validade da Carteira 11/10/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome

FOUAD WILLIAM DAGHER	04/04/1989	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano FOUAD WILLIAM DAGHER
----------------------	------------	------------------------------	---

Dados de Contratação Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ORTO PRIME	18-Número no CRO 695	19-UF AP	20-Código CBO S 01	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100218
--------------------------	---	-------------------------	-------------	-----------------------	---

21-Código na Operação / CNPJ / CPF

211407372010107	22-Nome do Contratado Excedente C. C. MARQUES NUNES - ME	23-Número no CRO 695	24-UF AP	25-Código CNES 7896913
-----------------	---	-------------------------	-------------	---------------------------

26-Nome do Profissional Excedente

CAMILA CRISTELE MARQUES NUNES	27-Número no CRO 695	28-UF AP	29-Código CBO 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-Vol	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Guiza	42-Assinatura
1-0	085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VIP	1	122,00	0,00	0,00	S	26/01/23		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
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-Total Quantidade US												
122,00												
47-Valor Total R\$												
10,00												
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, compreendendo-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 11/10/11	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/01/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/11
---	---	---	---

Camila C. M. Nunes
Cirurgião Dentista
CRD-AP - 695

Fouad William Dagher