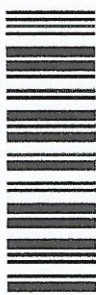




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2422938
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/2018	4-Data de Autorização 19/10/2018	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14239126	7-Data Validade da Serinha 12/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------	--	--

Dados do Beneficiário

8-Nome da Carteira 097720217168000586	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COMANDO DA AERONAUTICA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
--	--------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome ALESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS MELO	14-Teléfono (21) 96900-0246	15-Nome do titular do plano ALESSANDRA CRISTINA DOS SANTOS MELO
--	--------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE BISPO DE ALENCAR	18-Número no CRO 16512	19-UF RJ	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9262083787	22-Nome do Contratado Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO 16512	24-UF RJ	25-Código CNES / /
26-Nome do Profissional Executante ELIANE BISPO DE ALENCAR	27-Número no CRO 16512	28-UF RJ	29-Código CBO S / /	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Cdt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Class	42-Assinatura
1-0	081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34	0,00			13/08/25		ASL
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1		14	0,00			25/08/25		MC
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data Prevista Término do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Faturamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
/ /		1-Tratamento Odontológico		1-Total 2-Parcial		174,00		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 no 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.

Assinaturas

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 25/10/2018	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 25/10/2018	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	---	---	--

des S. Melo