

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



330011
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	4-Data de Autorização 12/06/2016	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7662766	7-Data Validade da Senha 12/03/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS		11-Data Validade da Carteira / /	
8-Número da Carteira 0002025204945000006504		9-Plano POS REDE PRESTADORA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

13-Nome ULISSES ARAUJO DE ALMEIDA MARQUES		14-Teléfono () -		15-Nome do titular do plano WILLIMAN DO NASCIMENTO MARQUES	
--	--	----------------------	--	---	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Número no CRO 563		19-UF AP	
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO		23-Número no CRO 563		24-UF AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253		22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		25-Código CNES	
--	--	---	--	----------------	--

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO 563		28-UF AP	
---	--	-------------------------	--	-------------	--

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 Class 42-Assinatura
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00				29/06/2016	Ulisses
2-0081000090		APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00				29/06/2016	Ulisses
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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 29/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Funcionário / Responsável 29/06/2016	53-Data, local e Cartão da Empresa / /
---	--	--	---

Ulisses Araújo de Almeida Marques