

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



375865
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/2012 4-Data de Autorização 12/3/10/9/12/01 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7873237 7-Data Validade da Sentença 14/11/12/12/01

8-Número da Carteira 00202530429800002403 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome MARIA JULIA PANTOJA DA TRINDADE 27/02/2008 14-Teléfono 15-Nome do Titular do plano WAGNER MARINHO DA TRINDADE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 21-Código na Operação / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 563 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 24-UF AP 25-Código CNES 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 Doença	42-Assinatura
1	00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	53	1	73,00	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
2	00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	63	1	73,00	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
3	00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	83	1	73,00	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
4	00	830000819	EXODONTIA SIMPLES DE	84	1	73,00	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
5	00	840000910	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR	1	1	72,00	0,00	0,00	0,00	15/09/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 364,00 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) 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 15/09/20 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/20 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Wagner Marinho da Trindade