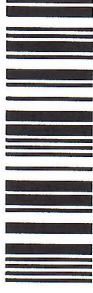


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

366051
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/08/2018		4-Data de Autorização 10/03/2019		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7830734		7-Data Validade da Senha 12/06/2019	
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 010202510510506040423021		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome EBANO HENRIQUE TARGINO NEVES		10/01/2005		14-Teléfono () 3 9 4 2 3 5 2 6		15-Nome do titular do plano MARCELO HENRIQUE NEVES					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento											
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		18-Número no CRO 118811		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -		Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143812232803		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		23-Número no CRO 118811		24-UF SP		25-Código CNES		26-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		27-Número no CRO 118811		28-UF SP		29-Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
30-Tabella		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Face		35-Qtd	
1-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA		16		OP		1		0100	
2-0085100200		RESTAURAÇÃO RESINA		17		OP		1		0100	
3-0085100200											
4-0085100200											
5-0085100200											
6-0085100200											
7-0085100200											
8-0085100200											
9-0085100200											
10-0085100200											
11-0085100200											
12-0085100200											
13-0085100200											
14-0085100200											
15-0085100200											
43-Data Previsão 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 176,00		47-Valor Total R\$		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) 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 Solicitante 22/10/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/10/2019
---	---	---	---