

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/04/2019 4-Data de Autorização 15/09/2019 5-Semeta AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7870084 7-Data Validade da Semeta 13/12/2019

375150
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 100202520494500001002 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde 13-Nome ARLENI RAMOS SILVA 14-Telefone 03/04/1978 15-Nome do titular do plano ELIVALDO FARIAS CARDOSO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CBO S 563 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S 563
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 Causa	42-Assinatura
1-00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	15/09/2019	Arleini	
2-00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	15/09/2019	Arleini	
3-00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	15/09/2019	Arleini	
4-00	84001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	3,50	0,00	0,00	0,00	15/09/2019	Arleini	
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

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 140,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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 de Cirurgião-Dentista solicitante 15/09/2019 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 15/09/2019 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Arleini Ramos Silva

G.C. 01.11.20