



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



374183
INTERCÂMBIO

3-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/19	4-Data de Autorização 15/10/19	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7865970	7-Data Validação da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

8-Atividade da Carteira 000202025206480000037011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Validação da Carteira 11/10/19	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome THIAGO DA SILVA GONCALVES	30/10/1988	14-Telefone (11) 131318-1611916	15-Nome do titular do plano THIAGO DA SILVA GONCALVES
--------------------------------------	------------	------------------------------------	--

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	18-Número no CRO 4114	19-UF AM	20-Código CBO S 04	225 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 519441038253	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES	26-Código CBO S
---	--------------------------	-------------	----------------	-----------------

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	3,4	10,00					
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	0	1	6,1	10,00					
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	0	1	6,1	10,00					
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	6,1	10,00					
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	6,1	10,00					
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6,1	10,00					
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	6,1	10,00					
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	0	1	6,1	10,00					
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	6,1	10,00					
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	0	1	6,1	10,00					
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	0	1	6,1	10,00					
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	0	1	6,1	10,00					
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	0	1	6,1	10,00					
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	6,1	10,00					
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo do Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantitativo US 827,00	47-Valor Total R\$ 10,10	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), 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2020 Dr. Thiago da Silva Gonçalves	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 23/10/2020 Dr. Thiago da Silva Gonçalves	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2020 Thiago da Silva Gonçalves	53-Data, local e Assinatura da Empresa
---	--	---	--