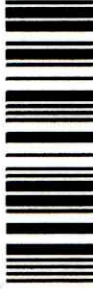




GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

371148
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/08/2019	4-Data de Autorização 12/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852875	7-Data Validade da Senha 01/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 10102025073670003924011	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade de Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome WASHINGTON OMAR DA SILVA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano WASHINGTON OMAR DA SILVA	

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ERICA SILVA DO NASCIMENTO	18-Número no CRC 45734	19-UF RJ	20-Código CBO S	21-Código CNEB
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1136153666775	22-Nome do Contratado Executante ERICA SILVA DO NASCIMENTO	23-Número no CRC 45734	24-UF RJ	25-Código CBO S	26-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante ERICA SILVA DO NASCIMENTO	27-Número no CRC 45734	28-UF RJ	29-Código CBO S	30-Código CNEB	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados						37-Valor	38-Franquia Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Melhio da Glosa 42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US				
1-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	3500	0100	0100			12/11/2019	
2-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	3500	0100	0100			12/11/2019	
3-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	3500	0100	0100			12/11/2019	
4-0001840001918	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	3500	0100	0100			12/11/2019	
5-1										
6-1										
7-1										
8-1										
9-1										
10-1										
11-1										
12-1										
13-1										
14-1										
15-1										

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 114000	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0000
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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(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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/11/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/11/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------