



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 15/10/21 4-Data de Autorização 15/10/21 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8199646 7-Data Validação da Série 15/04/21

454546 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Plano POS REDE PRESTADORA 9-Data de Validade da Carteira 10-Telefone 11-Data Validação da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ANDREA PAULA DA SILVA 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANDREA PAULA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA CUNHA VASCONCELOS 18-Número no CRO 8314 19-UF CE 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contribuinte Escondido ROBERTA CUNHA VASCONCELOS 23-Número no CRO 8314 24-UF CE 25-Código CNES Enviar - RX (R) 85200158-26

26-Nome do Profissional Escondido ROBERTA CUNHA VASCONCELOS 27-Número no CRO 8314 28-UF CE 29-Código CBO S

Nome do Tratamento / Procedimento Solicitado

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Diagnóstico	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qnt	36-Qquantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Ant	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-0	085200158	TRATAMENTO ENDODONTICO	26	1	5	33,00	0,00	0,00	15	01/21		<i>Andriea</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-Treinamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 533,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados 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

123.769.061/0002-021

ROBERTA CUNHA VASCONCELOS EIRELI

50-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 51-Data e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data e Assinatura do Assistente Odontológico / Responsável 53-Data, hora e endereço da clínica Ed. Lobras Centro CEP- 60.025-060 Fortaleza - CE

Dra. Roberta C. Vasconcelos CIRURGIÁ - DENTISTA CRO-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos CIRURGIÁ - DENTISTA CRO-CE 8314

X Andriea Paula da Silva