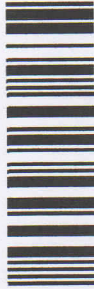




# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



Franchising para você aqui

385620  
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195742	7-Data Validade da Senha 12/18/11/2019
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0003799940649702101	9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa VERA LUCIA LOUREIR		11-Data Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome ISABELA CRISTINA LOUREIRO DOS			14-Telefone (11) 11111111		
15-Nome do titular do plano VERA LUCIA LOUREIRO					
12-Número do Contrato Nacional de Saúde 708702125097390					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		18-Número no CRO 8683		19-UF RJ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 17151611511267871		22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		23-Número no CRO 8683	24-UF RJ
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA		27-Número no CRO 8683		28-UF RJ	25-Código CNES
25-Código CBO S		25-Código CBO S		25-Código CNES	
Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	34100	0100
2-000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3600	0100
3-000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3600	0100
4-000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3600	0100
5-000815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3600	0100
6-11111111111					
7-11111111111					
8-11111111111					
9-11111111111					
10-11111111111					
11-11111111111					
12-11111111111					
13-11111111111					
14-11111111111					
15-11111111111					
43-Data Prevista Término do Tratamento 19/10/2019					
44-Tipo de Alendimento 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 1178100					
47-Valor Total R\$ 1178100					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 1178100					

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, fins, 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.

48-Observação

Cirurgiã - Dentista  
Dra. Angella Chaves  
CRO-RJ 8683

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante  
01/11/2019 Angella Chaves

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista  
01/11/2019 Angella Chaves

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável  
19/11/2019 Angella Chaves

53-Data, local e Carimbo da Empresa  
11/11/11