

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/07/20	4-Data de Autorização 08/07/20	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7689083	7-Data Validade da Série 05/10/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

335659
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 00202530429800000602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

GUIA
CONCLUIDA

13-Nome
MARIA DA SALVACAO BRITO MACIEL

15/10/1969

14-Telefone () -

15-Nome do titular do plano DELSON PANTOJA FURTADO

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CEO 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 CNES
--	---	-------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-UF AP	29-Código CEO S
---	-------------------------	-------------	-----------------

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-Frequência/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Cota	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		0	1	61,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	08/07/20	Classe	
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsão 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 479,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Frequência / 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 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 do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--

Maria da Salvacao Brito Maciel