

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



363392
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 25/10/2018	4-Data de Autorização 28/10/2018	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7818684	7-Data Validade da Seria 23/11/2018
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

8-Data do Beneficiário

8-Data do Beneficiário
10/02/2018

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Endereço
S S BELO DA SILVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ANDERSON DA SILVA MORAES

23/09/1988

14-Telefone

15-Nome do titular do plano
ANDERSON DA SILVA MORAES

GUIA
CONTRATO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO
563

19-UF
AP

20-Código CRO S

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
93.894.813.253

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 CRO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Faixa	35-Cnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glória	42-Assinatura
1-00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
2-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
3-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
4-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
5-00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO		1	1	35,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
7-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
8-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
9-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
10-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
11-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
12-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
13-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
14-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson
15-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA		1	1	61,00	0,00		S	28/08/2018		Anderson

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1-Atendimento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

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/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 este 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

51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data local e Carimbo da Empresa

Anderson da Silva Moraes