

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS 40641 3-Data de Emissão da Guia 12/11/21 4-Data de Autorização 12/11/21 5-Sempre AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9339502 7-Data Validade da Guia 12/11/22

796139
INTERCÂMBIO

8-Data de Cadastro 00/02/25 9-Data de Cadastro 00/02/25 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Data Validade da Carteira 13-Nome ELIZIANE GOMES DE SOUZA 14-Data de Emissão 24/08/1993 15-Nome do titular do plano ELIZIANE GOMES DE SOUZA 16-Número do Cartão Nacional de Saúde

17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1938948132153 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 CBO S 61.12

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- An	40- Data de Realização	41- Motivo da Classe	42- Assinatura
1.00	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3,4	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
2.00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3,5	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
3.00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3,5	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
4.00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3,5	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
5.00	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3,5	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
6.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
7.00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OV	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
8.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
9.00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	25	VO	1	8,8	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
10.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
11.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
12.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
13.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane
14.00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	6,1	10,0	0,0	0,0	0,0		Eliziane

43-Data Prevista Término do Tratamento 44-Tipo de Atendimento 1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Total Quantidade US 7777,00 47-Valor Total R\$ 0,00 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), foi(s) 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Eliziane Gomes de Souza