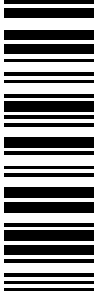


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 1 / 0 4 / 2 3	4-Data de Autorização _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 1398172	7-Data Validade da Senha 13 / 0 1 / 0 6 / 2 3
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 2 9 0 5 6 2 0 0 4 4 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BOREO INDUSTRIA DE	11-Data Validade da Carteira _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	

1398172
INTERCÂMBIO

13-Nome KETHLEN DA SILVA OLIVEIRA	14-Telefone (_ _ _) _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _					15-Nome do titular do plano KETHLEN DA SILVA OLIVEIRA
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento						
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 7 2 6 5 2 7 0 0 0 0 1 7 3	22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA PINHEIRO DA SILVA					
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	27-Número no CRO 5480	28-UF AM	24-UF AM	25-Código CNES 9999999		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa 42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US								
1- 0 0 1 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3 6 1 0 0	0	0	0			N	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
2- 0 0 1 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	3 6 1 0 0	0	0	0			N	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
3- 0 0 1 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3 6 1 0 0	0	0	0			N	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
4- 0 0 1 8 5 3 0 0 4 7		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3 6 1 0 0	0	0	0			N	_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
5- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
6- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
7- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
8- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
9- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
10- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
11- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
12- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
13- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
14- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	
15- _ _ _ _ _													_/_/_/_/_/_/_/_/_/_	

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 _ _ _ 1 4 1 0 0	47-Valor Total R\$ _ _ _ _ _ 0 1 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ _ _ _ _ _ 1 1 1 1
---	--	---	---	---	--

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 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 Beneficiário / Responsável _ _ _ / _ _ _ / _ _ _	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ _ _ / _ _ _ / _ _ _
53-Data, local e Carimbo da Empresa _ _ _ / _ _ _ / _ _ _		