



2-Nº

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

354555

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 11/11/08/12/01	4-Data de Autorização 11/11/08/12/01	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50182951	7-Data Validade da Senha 09/11/11/2011
--------------------------	---	---	-----------------------	--	---

Nome do Beneficiário

8-Número de Carteira 0 0 3 7 9 9 9 4 0 6 0 5 5 8 7 1 4	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 01 ADMINISTRACAO	11-Data validade da Carteira _/_/__/_/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700003623899105
13-Nome ANTONIO MARCOS REIS DOS SANTOS		14-Telefone (_) _ _ _ _ - _ _ _ _		15-Nome do titular do plano ANTONIO MARCOS REIS DOS SANTOS
31/12/1990				

Dados do Contratado Responável pelo Tratamento

16-Afirmar em R/N	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	
21-Código na Operadora / CNPJ / C-PE	22-Nome do Contratado / Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código ONES
11451313181517818111	JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ	
26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S	
JULIANA COSTA DA SILVA	41376	RJ		

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Data/Região	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Ciosa 42- Assinatura
1 -	0 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	11/08/20	Antônio
2 -	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0		S	11/08/20	Antônio
3 -	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	11/08/20	Antônio
4 -	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0		S	11/08/20	Antônio
5 -	0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	11/08/20	Antônio
6 -											
7 -											
8 -											
9 -											
10 -											
11 -											
12 -											
13 -											
14 -											
15 -											

43- Data Previsto Término do Tratamento

44- Tipo de Alinhamento

1-1- Tratamento 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\$

1 7 4 0 0

0 0 0

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentado, aceito e autorizo a execução do tratamento, conforme 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 da 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 e em contrato.

49-Cibacronacetic

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
11/11/2018 C. de Sá	11/11/2018 C. de Sá	11/11/2018 C. de Sá	11/11/2018 C. de Sá

Dra. Juliana Costa
Cirurgiã-Dentista
CRB-41376