

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



369764
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/03/2019	4-Data de Autorização 10/05/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7847672	7-Data Validade da Senha 10/12/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0002025101550601456002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ANA PAULA SCHWAB DA COSTA	25/01/1999	14-Telefone () 397612391	15-Nome do titular do plano SILMARIA SCHWAB
--------------------------------------	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SUCUPIRA CLINICA ODONTOLOGICA	18-Número no CRO 1673	19-UF MA	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 76362418387	22-Nome do Contratado Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	23-Número no CRO 1673	24-UF MA	25-Código CNES Enviar - RX (1) 81000421-	
26-Nome do Profissional Executante HELENA VITORIA SUCUPIRA DOS SANTOS	27-Número no CRO 1673	28-UF MA	29-Código CBO 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-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glorosa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	161,00	0,00			22/09/20		Ana
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	161,00	0,00			22/09/20		Ana
3-00	81000421	RX PERIAPICAL			1	14,00	0,00			22/09/20		Ana
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto 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 136,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

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(ram) 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.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/09/20 Helena Sucupira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/09/20 Helena Sucupira	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/09/20 Ana Schwab	53-Data, local e Carimbo da Empresa 22/09/20
---	---	--	---

Dra Helena Sucupira
Cirurgiã - Dentista
CRO/MA 1873