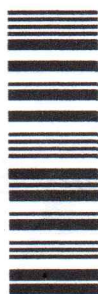


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ªª



1-Registro ANS 406414
3-Dados de Emissão da Guia 11/05/2017
4-Data de Autorização 12/11/2017
5-Série AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal 7707632
7-Data Validade da Série 11/3/2017

8-Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 10102012520491450000164021
9-Plano POS REDE PRESTADORA
10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS
11-Data Validade da Carteira
12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

JAQUELINE RODRIGUES PEREIRA ANTUNES

16/06/1982

14-Telefone () - - - - -

15-Nome do Titular do plano RAMON PABLO ANTUNES CRUZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Aliamento a RN
17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563

19-UF AP

20-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNU / CPF 913894813253
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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Exclusão	42-Assinatura
1-0	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					
3-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00					
4-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
5-0	0	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
11/11/17	1-1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00								

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 Enfatizado 21/10/17
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa

Jaqueline Rodrigues Pereira Antunes

GUIA CONCLUÍDA

07/08/2017

339818 INTERCAMBIO