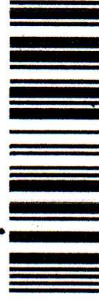


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



384308
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 12/08/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50194771	7-Data Validade da Sanha 27/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	--	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa APEFRIOPART		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006485739756	
-----------------------	--	---------------------------	--	--	--

8-Número da Carteira 000373747002589001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	13-Nome BRUNO MENDANHA	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano BRUNO MENDANHA
--	--------------------------------	--	---------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-UF RJ		801 - Faturar Empresa	
---	--	-------------	--	-----------------------	--

19-Identificação a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	18-Número no CRO 17808	20-Código CBO S 17808	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 72038632715	22-Nome do Contratado Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE
----------------------------	---	---------------------------	--------------------------	--	--

23-Nome do Profissional Executante MARIA ZITA DE SOUSA DE ANDRADE	24-UF RJ	25-Código CNES 17808	26-UF RJ	27-Número no CRO 17808	28-UF RJ
--	-------------	-------------------------	-------------	---------------------------	-------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		35-Qtd		36-Quantidade US	
---	--	--------	--	------------------	--

30-Tabella	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 Class 42-Assinatura
------------	---------------------------	--------------	-----------------	---------	--------	------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	----------------------------------

1-010181101000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	0,00			12/08/2019	[Assinatura]
2-010184401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE			1	35,00	0,00			12/08/2019	[Assinatura]
3-010184401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE			1	35,00	0,00			12/08/2019	[Assinatura]
4-010184401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID			1	35,00	0,00			12/08/2019	[Assinatura]
5-010184401000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD			1	35,00	0,00			12/08/2019	[Assinatura]
6-1111111111111111											
7-1111111111111111											
8-1111111111111111											
9-1111111111111111											
10-1111111111111111											
11-1111111111111111											
12-1111111111111111											
13-1111111111111111											
14-1111111111111111											
15-1111111111111111											

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Valor Total R\$ 174,00	47-Valor Total R\$ 174,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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 Solicitante 11/11/11	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 12/08/2019 B. Mendanha	52-Data, local e Assinatura da Empresa 12/08/2019
---	---	--

Mª Zita de S. de Andrade
CRO 17.808