



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



375168
INTERCAMBIO

Beneficiário para o ano 2020

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/10/2019	4-Data de Autorização 15/10/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7870199	7-Data Validade da Sentença 13/11/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00202527128000000501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa T M B DE MORAES EIRELI	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--------------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome SHARON DYAN BRAGA DE OLIVEIRA	07/07/1984	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular do plano SHARON DYAN BRAGA DE OLIVEIRA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO 563	19-UF AP	20-Código CBO S 025 -
--------------------------	--	-------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-UF AP	25-Código CNES Faturar Empresa
--	---	-------------------------	-------------	-----------------------------------

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-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1.	00	84000198			1	35,00	0,00			11/09/2019		Sharon
2.	00	84000198			1	35,00	0,00			11/09/2019		Sharon
3.	00	84000198			1	35,00	0,00			11/09/2019		Sharon
4.	00	84000198			1	35,00	0,00			11/09/2019		Sharon
5.	00	8100030			1	34,00	0,00			11/09/2019		Sharon
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
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\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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 11/09/2019	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2019
---	---	---	---



Sharon Dyan Braga de Oliveira.