

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327126
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2016	4-Data de Autorização 12/03/2016	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7647405	7-Data Validade da Sentença 11/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 000202025271218000000010101	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 TULIO MARCUS BRAGA DE MORAES	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano TULIO MARCUS BRAGA DE MORAES
---	------------------------------	---

20-Data de Nascimento 24/10/1973

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 19131819481132153	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
--	---

23-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dentista/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SR	23/06/20	Tulio
2-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SR	23/06/20	Tulio
3-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SR	23/06/20	Tulio
4-010184000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	1	35,00	0,00	0,00	SR	23/06/20	Tulio
5-010184000198											
6-010184000198											
7-010184000198											
8-010184000198											
9-010184000198											
10-010184000198											
11-010184000198											
12-010184000198											
13-010184000198											
14-010184000198											
15-010184000198											

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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

[Handwritten signature and stamp]

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/06/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/11/11	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/06/20	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/11/11
---	---	---	--

Tulio Marcus B. de Moraes