



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

440918
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
15/03/21

3. Número da Guia Principal
8145872

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
15/03/2011

1-Data de Emissão da Guia

-Registro ANS

13-Nome	NILCE ROBERTO DE LIMA BRAGA									
14-Telefone										
15-Nome do titular do plano										
10-Empresa	INSTITUTO DE ASSISTENCIA									
11-Data Validade da Carteira	/ /									
12-Número do Cartão Nacional de Saúde										

[illegible]

Plano de Tratamento / Procedimentos Odontológicos										37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Class. 42-Atividade	
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Pos	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Class. 42-Atividade				
1-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00			0,00			S	18/12/20						
2-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00			0,00			S	18/12/20						
3-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00			0,00			S	18/12/20						
4-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00			0,00			S	18/12/20						
5-																			
6-																			
7-																			
8-																			
9-																			
10-																			
11-																			
12-																			
13-																			
14-																			
15-																			

43-Data Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Valor Total R\$

46-Tipo de Faturamento

47-Quantidade US

48-Total Franquia / Co-participação R\$

☐ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
☐ 1-Total 2-Parcial

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, acito 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), tolliram 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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	11/12/12	Lucimara dos Santos
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	11/12/12	Lucimara dos Santos
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	11/12/12	Julia Braga
53-Data, local e Carimbo da Empresa	11/12/12	Lucimara dos Santos Cirurgiã Dentista

Lucimara dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO - 132.199
CPF: 278.475.330-71