

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

244



1-Registro ANB 408414 3-Dados de Emissão da Guia 2-9/10/200 4-Dados de Autorização 5-Série PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 408413 7-Dados Validação de Série 12/10/21 408413

Dados do Beneficiário

8-Endereço do Beneficiário 000379994063751418 9-Endereço da Prestadora 10-Endereço do Instituto DOR DE G 11-Dados Validação de Carteira 12-Endereço do Centro Nacional de Saúde 898003109720592

13-Nome LOREN TEIXEIRA BEZERRA 14-Endereço da Prestadora 08/06/1992 15-Endereço do Instituto DOR DE G 16-Endereço do Beneficiário LOREN TEIXEIRA BEZERRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento 17-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 18-Endereço do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 19-Endereço do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 20-Endereço do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10654179778 22-Nome do Contratado Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 23-Endereço do Contratado Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 24-Endereço do Contratado Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 25-Endereço do Contratado Responsável BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS

26-Nome do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 27-Endereço do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 28-Endereço do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS 29-Endereço do Profissional Solicitante BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd	36-Qtd	37-Quantidade US	38-Valor	39-Franquia/Co-participação R\$	40-Valor da Realização	41-Moeda da Guia	42-Valor
1	0081000049	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1		34,00	0,00		34,00		
2	0085300063	TRATAMENTO DE ABSCESSO			1		8,00	0,00		8,00		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

Declara, que após ter sido devidamente esclarecido sobre as condições, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, escolho e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previsto no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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.

46-Observação

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 51-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 54-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 55-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

49-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

50-Dados, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

51-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Dados, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável