

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326721
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2019	4-Data de Autorização 10/05/2018	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7645265	7-Data Validade da Senha 11/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 10012025090339000012002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	
13-Nome KAROLYNE AGUIAR CANDIDA	14-Telefone (11) 11111111	15-Data Validade do Plano 11/11/11	16-Data Validade do Plano 11/11/11

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
17-Nome do Profissional Solicitante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	18-Número no CRO 12061	19-UF SC	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1049175694930111	22-Nome do Contratado Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	24-UF SC	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ALEXANDRE MARIA DO VALLE	27-Número no CRO 12061	28-UF SC	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		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 Classe 42-Assinatura
1-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
2-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
3-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
4-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
5-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
6-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
7-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
8-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
9-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
10-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
11-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
12-010851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	1	1	61,00	0,00	0,00	1	11/09/2019	1
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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-Valor Total R\$ 11732,00	47-Valor Total R\$ 11732,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 11732,00
--	--	---	--------------------------------	--------------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecida 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(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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2019 Dr. Alexandre Do Valle	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/09/2019 Dr. Alexandre Do Valle	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2019 Karolyne Aguiar Candida	53-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/09/2019 Karolyne Aguiar Candida
--	--	---	---