

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

2349087
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2016	4-Data de Autorização 11/06/2016	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14000044	7-Data Validade da Sentença 11/09/2015
8-Número da Carteira 0102021510550601731601			9-Plano POS REDE PRESTADORA		
10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA			11-Data Validade da Carteira 11/11/11		
12-Nome ELIZETE SOARES BARBOSA FERNANDES			13-Data de Realização 08/06/1968		
14-Telefone ()			15-Nome do titular do plano ELIZETE SOARES BARBOSA FERNANDES		
16-Atendimento a RN N			17-Atendimento a RN MAYARA BECHARA LOBO		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11345388000010101			22-Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA LOBO LTDA		
26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO			27-Número no CRO 98515		
28-Data de Realização 18/06/2015			29-Código CBO S 98515		

30-Tabella	31-Código de 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 Glosa (2-Assinatura)
1-0101851100196	1	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	161,00	161,00	0,00	S	18/06/2015	
2-0101851100196	2	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	161,00	161,00	0,00	S	18/06/2015	
3-0101851100196	3	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	161,00	161,00	0,00	S	18/06/2015	
4-0101851100200	4	RESTAURAÇÃO RESINA	24	VO	1	88,00	88,00	0,00	S	18/06/2015	
5-0101851100200	5										
6-0101851100200	6										
7-0101851100200	7										
8-0101851100200	8										
9-0101851100200	9										
10-0101851100200	10										
11-0101851100200	11										
12-0101851100200	12										
13-0101851100200	13										
14-0101851100200	14										
15-0101851100200	15										

43-Data Prevista Término do Tratamento 18/06/2015	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-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 271,00	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), fôroam 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 18/06/2015	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/06/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/06/2015	53-Data, local e Assinatura da Empresa 18/06/2015	54-Data, local e Assinatura da Empresa 18/06/2015
---	---	---	--	--

Mayara B. Lobo
Cirurgião Dentista
CROSP 98.515