

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP



326176

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 18/10/2012	4-Data de Autorização 18/10/2012	5-Sessão AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7642650	7-Data Validade da Sessão 16/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0020215218929100040902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700402439185044
13-Nome CARLA DA SILVA NOGUEIRA			14-Telefone 21/01/1984	15-Nome do Titular do plano DENIS DE SENA OLIVEIRA	
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		18-Número no CRO 5480	19-UF AM	20-Código CBO S 414
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30929415272		22-Nome do Contratado Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	23-Número no CRO 5480	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX (1) 85100200
26-Nome do Profissional Executante ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO			27-Número no CRO 5480	28-UF AM	29-Código CBO S
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
3	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1
4	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5	00815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6	00815100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36-Quantidade US					
37-Valor					
38-Franquia/Co-participação R\$					
39-Aut					
40-Data de Realização					
41-Motivo da Glosa					
42-Atendimento					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total Quantidade US					
47-Valor Total R\$					
48-Total Franquia / Co-participação R\$					

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), 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, sob a condição de que ele não arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável

51-Data, local e Assinatura do Profissional Contratado

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 183