

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2- Nº

2349095
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/06/2017	4-Data de Autorização 16/06/2017	5-Sinista AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14000052	7-Data Validade da Sinista 14/09/2017
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601731603	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Contrato Nacional de Saúde	
13-Nome MATHEUS BARBOSA FERNANDES	14-Teléfono () () () () () ()	15-Data Validade da Carteira 11/11/11	16-Data Validade da Carteira 11/11/11	17-Data Validade da Carteira 11/11/11	18-Data Validade da Carteira 11/11/11
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO	18-Número no CRO 98515	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	21-Código da Empresa Faturar Empresa
22-Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA LOBO LTDA	23-Número no CRO 98515	24-UF SP	25-Código CMES 7398042	26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO	27-Número no CRO 98515
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA	36	OD	1
2-00181000200		RESTAURAÇÃO RESINA			
3-					
4-					
5-					
6-					
7-					
8-					
9-					
10-					
11-					
12-					
13-					
14-					
15-					
43-Data Previsto Término do Tratamento 16/06/23	44-Tipo de Atendimento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15 16-16 17-17 18-18 19-19 20-20 21-21 22-22 23-23 24-24 25-25 26-26 27-27 28-28 29-29 30-30 31-31 32-32 33-33 34-34 35-35 36-36 37-37 38-38 39-39 40-40 41-41 42-42 43-43 44-44 45-45 46-46 47-47 48-48 49-49 50-50 51-51 52-52 53-53 54-54 55-55 56-56 57-57 58-58 59-59 60-60 61-61 62-62 63-63 64-64 65-65 66-66 67-67 68-68 69-69 70-70 71-71 72-72 73-73 74-74 75-75 76-76 77-77 78-78 79-79 80-80 81-81 82-82 83-83 84-84 85-85 86-86 87-87 88-88 89-89 90-90 91-91 92-92 93-93 94-94 95-95 96-96 97-97 98-98 99-99 100-100	45-Tipo de Faturamento 1-1 2-2 3-3 4-4 5-5 6-6 7-7 8-8 9-9 10-10 11-11 12-12 13-13 14-14 15-15 16-16 17-17 18-18 19-19 20-20 21-21 22-22 23-23 24-24 25-25 26-26 27-27 28-28 29-29 30-30 31-31 32-32 33-33 34-34 35-35 36-36 37-37 38-38 39-39 40-40 41-41 42-42 43-43 44-44 45-45 46-46 47-47 48-48 49-49 50-50 51-51 52-52 53-53 54-54 55-55 56-56 57-57 58-58 59-59 60-60 61-61 62-62 63-63 64-64 65-65 66-66 67-67 68-68 69-69 70-70 71-71 72-72 73-73 74-74 75-75 76-76 77-77 78-78 79-79 80-80 81-81 82-82 83-83 84-84 85-85 86-86 87-87 88-88 89-89 90-90 91-91 92-92 93-93 94-94 95-95 96-96 97-97 98-98 99-99 100-100	46-Total Quantidade US 1122100	47-Valor Total R\$ 10100	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 10100

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), foi(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/06/23	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Assistente 16/06/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/06/23	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/06/23
---------------	---	--	---	---

Mayara B. Lobo
Cirurgia Dentista
CROSP 98.515