

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017 4-Data de Autorização 11/07/2017 5-Senhor AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7710363 7-Data Validade da Sanha 14/11/2017

340394
INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252049450001503 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

LAIS LOPES GOMES 21/09/2009 14-Telefone 15-Nome do titular do plano MANOEL RAIMUNDO MIRANDA GOMES

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO 18-Número no CRO 563 19-UF AP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 193894813253 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 23-Número no CRO 563 24-UF AP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO 27-Número no CRO 563 28-UF AP 29-Código CBO S

26-Nome do Profissional Executante

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	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 Glosa	42-Assinatura
1-000	840001090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	7,20	0,00			11/07/2017		Laís Lopes Gomes
2-000	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE			1	7,30	0,00			11/07/2017		Laís Lopes Gomes
3-000	83000089	EXODONTIA SIMPLES DE			1	7,30	0,00			11/07/2017		Laís Lopes Gomes
4-000												
5-000												
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
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\$							
11/11/17	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	218,00	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), 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, compreendendo-me e arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

11/06/17

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

11/07/17

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

11/07/17

53-Data, local e Carimbo da Empresa

11/07/17

Laís Lopes Gomes