



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

323088
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS	406414	3-Data de Emissão da Guia	1 1 0 1 / 0 6 / 1 2 0 1	4-Data de Autorização	1 1 2 1 / 0 6 / 1 2 0 1	5-Senha	AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal	7627756	7-Data Validade da Senha	0 8 / 0 9 / 2 0
----------------	--------	---------------------------	-------------------------	-----------------------	-------------------------	---------	------------	----------------------------	---------	--------------------------	-----------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
----------------------	---------	------------	------------------------------	---------------------------------------

13. Name _____

[illegible]

Dados do Controlado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
---------------------	-------------------------------------	------------------	-------	-----------------

N ALESSANDRA BRITO LOBATO

91. Cálculo na Operadora / CNB / CDE	92. Norma de Controle de Execução	93. Monitor de CDA	94. IE	95. Cálculo CNEC
--------------------------------------	-----------------------------------	--------------------	--------	------------------

ALESSANDRA BRITO LOBATO

0	3	0	9	4	0	1	3	4	3	3
ALESSANDRA BRIU LOBATO										
363										
AP										

25-Nome do Profissional Executante

ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP
-------------------------	-----	----

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.	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5	0 0	0 0	S	12/06/20	Loz. de d...
2.	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5	0 0	0 0	S	12/06/20	Loz. de d...
3.	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5	0 0	0 0	S	12/06/20	Loz. de d...
4.	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5	0 0	0 0	S	12/06/20	Loz. de d...

[illegible]

43-Data Previsto 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\$
	☐ 1-Transplante Odontológico ☒ 2-Exame Radiológico ☐ 3-Ortodontia ☐ 4-Urgência/Emergência	☐ 1-Total ☐ 2-Parcial			

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

49. Объявлено

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Certista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Certista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/06/2012	12/06/2012	12/06/2012	12/06/2012

Lozicleide da Silva Brito