

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



353897
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/01/2012 4-Data de Autorização 11/03/2012 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7773681 7-Data Validade da Sentença 10/08/2012

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

13-Nome MARIA JULIA PANTOJA DA TRINDADE 27/02/2008 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WAGNER MARINHO DA TRINDADE

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO 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 1913894813253 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

GUIA
10/08/2012

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Classe	42-Assinatura
1-00	810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	134	10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-00	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	55	1	173	10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-00	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	173	10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-00	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	75	1	173	10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-00	830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	85	1	173	10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 326,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / 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 obrigações 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 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Wagner Marinho da Trindade