

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 11/07/2018 4-Data de Autorização 12/07/2018 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7794943 7-Data Validade da Sentença 15/11/2018

358541
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 002025304298000024021 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome SANDRA NAHUM DOS SANTOS 27/04/1983 14-Telefone 15-Nome do Titular do plano WAGNER MARINHO DA TRINDADE

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 03894813253 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

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	8100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA	✓	1	1	34,00	0,00		S	12/07/2018		
2-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	1	1	35,00	0,00		S	12/07/2018		
3-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	1	1	35,00	0,00		S	12/07/2018		
4-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	1	1	35,00	0,00		S	12/07/2018		
5-000	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	✓	1	1	35,00	0,00		S	12/07/2018		
6-000	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	✓	1	1	73,00	0,00		S	12/07/2018		
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												

43-Data Previsto 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-Frância 46-Total Quantidade US 1247,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 12/07/2018 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/07/2018 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/07/2018 53-Data, local e Carimbo da Empresa



Wagner Marinho da Trindade