

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/12/2019	4-Data de Autorização 12/18/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7897737	7-Data Validade da Sentença 12/11/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

381327
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202510272200114302	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa PHILCO ELETRONICOS SA	11-Data Validade da Carteira 12/11/2020	12-Número de Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JESSICA JUCA DA SILVA CHAGAS		14-Telefone (11)21-911500540		
15-Nome do titular do plano ANTONIEL MACIEL CHAGAS		16-Data Validade da Carteira		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLÍNICA ORAL D - MATRIZ
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 59441038253	22-Nome do Contratado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114
18-Número no CRO 4114	19-UF AM
23-Número no CRO 4114	24-UF AM
25-Código CNES (1) 85100200	28-UF AM
29-Código CBO S 04	20-Código CBO S 04
25 - Faturar Empresa Enviar - RX	

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Qnt	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	08100065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1	34,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
2-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
3-00	085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV	1	88,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
4-00	085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
5-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
6-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
7-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
8-00	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0,00	09/12/2019		Jessica
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 388,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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(ram) 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 de Cirurgião Dentista Solicitante (M. R. Chagas)	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião Dentista (M. R. Chagas)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável (JESSICA JUCA DA SILVA CHAGAS)	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------