

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-AP

2349033
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 16/06/2015		4-Data de Autorização 16/06/2015		5-Sentença AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 13999787		7-Data Validade da Sentença 14/09/2015		2349033 INTERCÂMBIO																									
Dados do Beneficiário																																					
8-Número da Carteira 00202510550601731601				9-Plano POS REDE PRESTADORA				10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA				11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Contrato Nacional de Saúde																							
13-Nome ELIZETE SOARES BARBOSA FERNANDES				14-Teléfono () -				15-Nome do titular do plano ELIZETE SOARES BARBOSA FERNANDES																													
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO		18-Número no CRO 98515		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1345138801000101		22-Nome do Contratado Executante ODONTOLOGIA LOBO LTDA		23-Número no CRO 98515		24-UF SP		25-Código CNES 7398042		26-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO		27-Número no CRO 98515		28-UF SP		29-Código CBO S		30-Valor 37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut S		40-Data de Realização 16/06/2015		41-Motivo da Guia 42-Assinatura	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																																					
30-Tabela		31-Código do Procedimento		32-Descrição		33-Dente/Região		34-Faixa		35-Qtd		36-Quantidade US		37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Guia 42-Assinatura															
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA				1		1		1		1		1		1		1		1		1															
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				1		1		1		1		1		1		1		1		1															
3-																																					
4-																																					
5-																																					
6-																																					
7-																																					
8-																																					
9-																																					
10-																																					
11-																																					
12-																																					
13-																																					
14-																																					
15-																																					
43-Data Prescrição / Término do Tratamento 16/06/2015		44-Tipo de Atendimento 1-1		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 178,00		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / 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 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) em 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

16/06/2015

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

16/06/2015

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

16/06/2015

53-Data, local e Carimbo da Empresa

16/06/2015

Mayara B. Lobo

Cirurgiã Dentista

CROSP 98.515