

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



329776
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/05/2016	4-Data de Autorização 09/10/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7661592	7-Data Validade da Senha 23/09/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		10-Empresa CIA HERING MATRIZ		11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
-----------------------	--	---------------------------------	--	---	--

8-Número da Carteira 000202511648600451601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	13-Data 26/04/1988	14-Telefone 15-Nome do titular do plano LUIZ FERNANDO SABINO
---	--------------------------------	-----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MAYARA BECHARA LOBO	
---	--	--------------------------	--	--	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 136085806892		22-Nome do Contratado Executante MAYARA BECHARA LOBO		23-Número no CRO 98515	
25-Nome do Profissional Executante MAYARA BECHARA LOBO		26-Número no CRO 98515		27-Número no CRO 98515	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut		40-Data de Realização		41-Motivo da Classe 42-Assinatura	
---	--	---------------------------------	--	--------	--	-----------------------	--	-----------------------------------	--

30-Tabella	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 Classe 42-Assinatura
1-0	0811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/10/2017	x
2-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	09/10/2017	x
3-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	09/10/2017	x
4-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	09/10/2017	x
5-0	0815300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	09/10/2017	x
6-0	0815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	09/10/2017	x
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/10/2017	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 239,00	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) 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 09/10/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 09/10/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/2017	53-Data, local e Carimbo da Empresa 09/10/2017	54-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Mayara B. Lobo Cirurgião Dentista CROSP 98.515
---	---	---	---	---