

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 10/03/2017 4-Data de Autorização 12/07/2018 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7682404 7-Data Validade da Senha 10/11/2017

334127
INTERCAMBIO

8-Número da Carteira 1002025279147000111101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa LEJI INTERMEDIACAO S A 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde 13-Nome ANDREIA SANTOS DE MOURA GALVAO 14-Teléfono () 15-Nome do titular do plano ANDREIA SANTOS DE MOURA GALVAO

16-Acordamento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 18-Número no CRO 55535 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 115689145807 22-Nome do Contratado Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 23-Número no CRO 55535 24-UF SP 25-Código CNES (1) 81000421-RPSE (1) 81000421- 26-Nome do Profissional Executante LUCIANA MARY KAWAGUCHI 27-Número no CRO 55535 28-UF SP 29-Código CBO S (1) 81000421-

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Dente/Região	34- Face	35- Cid	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia/Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42- Assinatura
1	010	812000859	EXODONTIA DE RAIZ	24	1	73,00	0,00	0,00	0,00	27/08/20		Luciana
2	010	810000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	0,00	0,00	27/08/20		Luciana
3	010	810000421	RX PERIAPICAL	RPSE	1	14,00	0,00	0,00	0,00	27/08/20		Luciana
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

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-Parcial 46-Total Quantidade US 47-Valor Total R\$ 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ler 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 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 Assinatura do Profissional Contratado