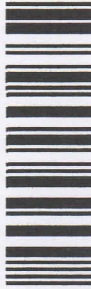


Regulador para ODS 3011

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



385619
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/09/2019 12:00	4-Data de Autorização 10/11/2012 00	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50195739	7-Data Validade da Senha 12/08/2012 12:00
--------------------------	---	--	-----------------------	--	--

Debito do Beneficiário

8-Número da Carteira 1010317199406497011991	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VERA LUCIA LOUREIRO	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 700000199454005
13-Nome VERA LUCIA LOUREIRO	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano VERA LUCIA LOUREIRO		

Debito do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	18-Número no CRO 8683	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 175611511261787111	22-Nome do Contratado Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	23-Número no CRO 8683	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANGELA MARIA COUTO VARGAS TEJADA	27-Número no CRO 8683	28-UF RJ	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
1-01018110000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	34,00	10,00			10/11/2012	X
2-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE			1	36,00	0,00			10/11/2012	X
3-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD			1	36,00	0,00			10/11/2012	X
4-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID			1	36,00	0,00			10/11/2012	X
5-01018153000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE			1	36,00	0,00			10/11/2012	X
6-1											
7-1											
8-1											
9-1											
10-1											
11-1											
12-1											
13-1											
14-1											
15-1											

43-Data Prevista Término do Tratamento 10/11/2012	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 117,00	47-Valor da Franquia/Co-participação R\$ 117,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 117,00
--	--	---	----------------------------------	--	---

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 obrigações 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), 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 10/11/2012, Angela da Chana	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2012, Angela da Chana	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2012, Eaut c Vargas Tejeda	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/11/11
--	--	---	---