

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327503

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 21/01/2016	4-Data de Autorização 22/01/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7648187	7-Data Validade da Senha 18/09/2016
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 01020215289291010317104		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	--	--------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome PEDRO GOMES HOFSTETTER		14-Telefone 13/07/2009	15-Nome do titular do plano ESTEVAM MACHADO HOFSTETTER
-----------------------------------	--	---------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALINE MAQUINE PASCARELI	18-Número no CRO 4530	19-UF AM	20-Código CBO S	414 - Faturar Empresa
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0103156324290	22-Nome do Contratado Exatante ALINE MAQUINE PASCARELI	23-Número no CRO 4530	24-UF AM	25-Código CNES
--	---	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Exatante ALINE MAQUINE PASCARELI	27-Número no CRO 4530	28-UF AM	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-Assin
1	01084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00			22/06/2016		Pagaram
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/06/2016	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 72,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 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, 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 22/06/2016	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/2016	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 22/06/2016	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------