

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

320787
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/2016	4-Data de Autorização 05/10/2016	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7615138	7-Data Validade da Senha 02/10/2017
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0020253023560000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira	

13-Nome LUCIANA FERREIRA VIANA	14-Telefone () 81331598	15-Nome do titular do plano LUCIANA FERREIRA VIANA
-----------------------------------	-----------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante ALESSANDRA BRITO LOBATO
---------------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 038194813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO
---	---

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

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
1-010811000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			05/06/2017	
2-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			05/06/2017	
3-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			05/06/2017	
4-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			05/06/2017	
5-010814000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			05/06/2017	
6-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	16	0	1	61,00	0,00			05/06/2017	
7-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	17	0	1	61,00	0,00			05/06/2017	
8-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	37	0	1	61,00	0,00			05/06/2017	
9-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	36	0	1	61,00	0,00			05/06/2017	
10-010815100196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	0	1	61,00	0,00			05/06/2017	
11-010812100875		EXODONTIA SIMPLES DE	18	1	1	73,00	0,00			05/06/2017	
12-010812100875		EXODONTIA SIMPLES DE	48	1	1	73,00	0,00			05/06/2017	
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 625,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, é (s) por mim assinado(s), tollo (s) por mim assinado(s), tollo (s) por mim assinado(s), tollo (s) por mim assinado(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
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/06/2017	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/06/2017	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/06/2017
---	---	---

Luciana Ferreira Viana