

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



327235
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/2012	4-Data de Autorização 23/06/2012	5-Sineta AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7647621	7-Data Validade da Sineta 17/09/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa CLINICA BETHESDA LTDA ME	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde / /
-----------------------	--	--	-------------------------------------	--

13-Nome BIANCA FERREIRA PEREIRA	14-Telefone (19) 69991489	15-Nome do titular do plano NATHANAEEL PEREIRA
------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 563	19-JUF AP	20-Código CBO S
---	--	-------------------------	--------------	-----------------

16-Atendimento a RN ALESSANDRA BRITO LOBATO	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 93894813253	22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO 563	24-JUF AP	25-Código CNES
--	--	---	-------------------------	--------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO 563	28-JUF AP	29-Código CBO S
---	-------------------------	--------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		36-Franquia/Co-participação R\$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-Assinatura
---	--	---------------------------------	----------	---------------------------------	--------	-----------------------	---------------------------------

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 Guia 42-Assinatura
1-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20	Nathanael
2-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20	Nathanael
3-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20	Nathanael
4-0	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	S	23/06/20	Nathanael
5-0											
6-0											
7-0											
8-0											
9-0											
10-0											
11-0											
12-0											
13-0											
14-0											
15-0											

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 140,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 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 23/06/20 Nathanael Pereira	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável 23/06/20 Nathanael Pereira
---	--	---

53-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável / /	54-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável / /
--	--

55-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável / /	56-Data, local e Assinatura de Beneficiário / Responsável / /
--	--