

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



358539
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 17/08/2015 4-Data de Autorização 20/08/2015 5-Sentença AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7794942 7-Data Validade da Sentença 15/11/2015

8-Número da Carteira 0020202530429800002404 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome WAGNER ENZO NAHUM MARINHO 22/12/2015 14-Telefone 15-Nome do titular do plano WAGNER MARINHO DA TRINDADE 16-Data Validade da Guia

GUIA
CONCLUIDA

Dados do Contratado (Responsável pelo Tratamento)

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 9389148132513 22-Nome do Contratado Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

26-Nome do Profissional Executante ALESSANDRA BRITO LOBATO

18-Número no CRO 563 23-Número no CRO 563 19-UF AP 24-UF AP 27-Número no CRO 563 28-UF AP 25-Código CHES 26-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabula	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fase	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glisa	42-Assinatura
1-0	081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S	20/08/2015		Wagner
2-0	084000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR		1		72,00	0,00		S	20/08/2015		Wagner
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												
43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$							
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial		106,00								

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 Assistente 20/08/2015 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/08/2015 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/08/2015 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Wagner Marinho de T.