

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/08/2019	4-Data de Autorização 10/12/2019	5-Será Autorizado AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7831859	7-Data Validade da Guia 12/06/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

366253
INTERCÂMBIO

8-Atividade da Carreira 01020202525060300001901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SELBETTI GESTAO DE	11-Data Validade da Carreira / /	12-Número do Cartão Nacional da Saúde / /
13-Nome MARIO VINICIUS FERREIRA COSTA	13/10/1989	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIO VINICIUS FERREIRA COSTA	

Dados do Contratado-Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOLIFE LTDA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08626329601	22-Nome do Contratado-Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES
26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	27-Número no CRO 38839
	28-UF MG
	29-Código CBO S 06
	30-Código CBO S 38839
	31-Código CBO S MG
	32-Código CBO S MG

025 -
Faturar Empresa

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Regido	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
6-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
7-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
8-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
9-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
10-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
11-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
12-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
13-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
14-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										
15-0	085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL										

43-Data Provável Término do Tratamento 10/09/2019	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Quantidade US 144,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Valor Total R\$ 10,00	49-Valor Total R\$ 10,00
--	--	---	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

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(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, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista Solicitante 10/09/2019 Ana Patricia Costa	51-Data, local e Assinatura de Cirurgião-Dentista 10/09/2019 Ana Patricia Costa	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/09/2019 Mario Vinicius Costa	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/09/2019
--	--	--	---

S.F. Marques

S.F. Marques

Ana Patricia S. F. Marques
Cirurgião-Dentista
PRO-MC 38839