

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2545163
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 6 / 1 1 / 2 5	4-Data de Autorização 1 6 / 1 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14619831	7-Data Validade da Senha 1 5 / 0 1 / 2 6
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 9 6 2 0 2 0 0 1 4 5 2 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706702564679819
13-Nome EDILEUSA ALVES DA SILVA	03/12/1975	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano EDILEUSA ALVES DA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	18-Número no CRO 46063	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 9 5 5 1 9 1 8 8 2 7	22-Nome do Contratado Executante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	23-Número no CRO 46063	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	27-Número no CRO 46063	28-UF SP	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-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
2-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOM	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
3-	0 0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	27	MOP	1	1 2 2 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão 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 2 7 8 , 0 0	47-Valor Total R\$ 0 , 0 0	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 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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	--	--