

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



405637
INTERCÂMBIO

registro ANS 06414	3-Data de Emissão da Guia 27/10/20	4-Data de Autorização 27/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7998824	7-Data Validade da Senha 25/01/21
os do Beneficiário					
Número da Carteira 0202510550600896301		8-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Nome RISTIANE JUSSARA ROMANATTO			14-Telefone (16) 3413-1273	15-Nome do titular do plano CRISTIANE JUSSARA ROMANATTO	
21/01/1986					

os do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL	18-Número no CRO 59922	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878	22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL	23-Número no CRO 59922	24-UF SP	25-Código CNES	
Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL		27-Número no CRO 59922	28-UF SP	29-Código CBO S	

io de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		<i>CR</i>
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/10/20		<i>CR</i>
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		<i>CR</i>
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/10/20		<i>CR</i>
	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/10/20		<i>CR</i>

43-Data Previsão Término do Tratamento 27/10/20	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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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.

Observação	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista <i>Dr. Fábio Augusto Curti Miguel</i> 27/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável <i>CRISTIANE JUSSARA ROMANATTO</i> 27/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa __/__/__
------------	---	--	--