

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



312117
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 11/05/2020	3-Data de Autorização 11/05/2020	4-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	5-Número da Guia Principal 312117	6-Data Validação da Guia 10/08/2020
7-Endereço do Beneficiário 00202510550600787903		8-Plano POS REDE PRESTADORA	9-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	10-Data Validade da Guia 11/05/2020	11-Número de Cartão Nacional de Saúde
12-Nome PEITRO PARADELLA PEIXOTO SOUZA		13-Data de Nascimento 11/08/2010	14-Telefone (11) 11111111	15-Nome do titular do plano JEANI MARIA PEIXOTO SOUZA	
16-Endereço do Contratado Responsável pelo Tratamento N	17-Nome do Profissional Solicitante AURORA CLINICA PSICO & ODONTO		18-Número no CRO 107908	19-UF SP	20-Código CBO S 03
21-Código de Operadora CNPJ - CNP 36968685825	22-Nome do Contratado Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		23-Número no CRO 107908	24-UF SP	25-Código CHES
26-Nome do Profissional Executante MARCELA CAROLINE BARBOSA FRAGA		27-Número no CRO 107908	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0081000085	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			11/05/2020		[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 11/05/2020	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 34,00	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima exposto, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometo-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 minha plena ciência 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-Assinatura Dra. Marcela Caroline B. Fraga Cirurgiã Dentista Implodontia CROSP 107908	50-Data, local e Assinatura do Contratado-Dono o Solicitante 11/05/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/05/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/05/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/05/2020
---	--	---	---	---