

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



352876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 07/08/20	4-Data de Autorização 19/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7769376	7-Data Validade da Senha 05/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550600759403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Data Validade da Carteira / /			
13-Nome SAULO RICARDO GIGLIO		14-Telefone () -		15-Nome do titular do plano CELIA MARIA CRUZ GIGLIO	
		05/05/1982			

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 125515		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	19-UF SP			
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39612062870		22-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		23-Número no CRO 125515	
24-UF SP		25-Código CNES			
26-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		27-Número no CRO 125515		28-UF SP	
		29-Código CBO S			

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					S	/	/
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					S	/	/
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					S	/	/
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					S	/	/
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					S	/	/
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

43-Data Previsto 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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	--

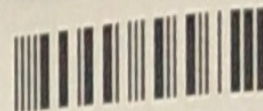
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. 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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 19/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/08/20
---	---	---	---

Dra. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 125515

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



352876
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão de Guia 07/08/20	4-Data de Autorização / /	5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal 352876	7-Data Validade da Senha 05/11/20
8-Data de Benefício					
9-Número da Carteira 00202510550600759403	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	12-Data Validade da Carteira / /	13-Número do Cartão Nacional de Saúde	
14-Nome SAULO RICARDO GIGLIO		15-Data de Nascimento 05/05/1982	16-Telefone () -	17-Nome do titular de plano CELIA MARIA CRUZ GIGLIO	
18-Data de Contratação Responsável pelo Tratamento					
19-Atendimento a RN N	20-Nome do Profissional Solicitante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	21-Número no CRO 125515	22-UF SP	23-Código CBO B 025	
24-Código na Operadora / CNPJ / CPF 39612062870	25-Nome do Contratado Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA	26-Número no CRO 125515	27-UF SP	28-Código CNES	
29-Nome do Profissional Executante TATHIANE MOREIRA DA SILVA		30-Número no CRO 125515	31-UF SP	32-Código CBO B	

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		N	19/08/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		N	19/08/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		N	19/08/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		N	19/08/20		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		N	19/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 Solicitante 19/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/08/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/08/20
---	---	---	---

Dra. Tathiane Moreira da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 125515