



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

312963
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/05/20	4-Data de Autorização 25/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7561179	7-Data Validade da Senha 11/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550600313003		13-Nome HOSANA LOPES SANTOS GALONI		14-Telefone (19) 3387-1424		15-Data Validade da Carteira / /		15-Nome do Titular do plano NILSON APARECIDO GALONI	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 59102		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa							
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26881207867		22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		23-Número no CRO 59102		24-UF SP		25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		27-Número no CRO 59102		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-A
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			S 02/06/20	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			S 02/06/20	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			S 02/06/20	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			S 02/06/20	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			S 02/06/20	
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-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\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

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 do 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 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 10/12/2019 Roberta C.P. Polidoro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/12/2019 H. Galoni	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--