

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

556585
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/21	4-Data de Autorização 20/05/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8605383	7-Data Validade da Senha 17/08/21
8-Número da Carteira 00202510550601282001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome LEONARDO BONATTI SOMERA			14-Telefone (16) 3366-1142	15-Nome do titular do plano LEONARDO BONATTI SOMERA	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde					
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL					
21-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		26-UF SP	
27-Número no CRO 59922		28-UF SP		29-Código CBO S	
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa					

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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	20/05/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/05/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/05/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/05/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/05/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/05/21	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 20/05/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------