



Indicador para você saber

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



373885
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2019	4-Data de Autorização 14/09/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7864257	7-Data Validade da Senha 10/11/2020
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202025105060153801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/2020	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEANDRO CAMARGO DA SILVA					
14-Telefone () - - - - -					
15-Nome do titular do plano LEANDRO CAMARGO DA SILVA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	18-Número no CRO 111393	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04853677852	22-Nome do Contratado Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ				
26-Nome do Profissional Executante GREGORI JOSE ZVINOKIEVICZ	27-Número no CRO 111393				
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-000853000047	32-Descrição RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	33-Dente/Região HASD	34-Face 1	35-Qtd 1	36-Quantidade US 3600
2-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3600
3-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3600
4-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3600
5-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
6-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
7-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
8-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
9-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
10-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
11-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
12-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
13-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
14-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
15-000853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL				
43-Data Previsão Término do Tratamento 12/11/20					
44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortopedia 4-Urgência/Emergência					
45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial					
46-Total Quantidade US 141400					
47-Valor Total R\$ 141400					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ 000000					

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), 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.

49-Observação

CRC 111 393
CPF 048.536.778-52

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
12/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
12/11/20