

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.4º



891646
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Diário de Emissão da Guia 2 6 / 1 0 / 2 1 / 2 2	4-Diário de Autorização 2 6 / 1 0 / 2 1 / 2 2	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9630664	7-Data Validade da Santa 2 7 / 1 0 / 5 1 / 2 2
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 7 0 2 3 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde / /
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	--

13-Nome KATIA APARECIDA DO NASCIMENTO FRANCISCO	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano KATIA APARECIDA DO NASCIMENTO FRANCISCO
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atribuição a FN N	17-Nome do Profissional Solicitante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	18-Número no CRO 138944	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
-------------------------	--	----------------------------	-------------	---

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14 1 6 9 7 4 3 3 8 5 5	22-Nome do Contratado Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	23-Número no CRO 138944	24-UF SP	25-Código CHES Enviar - RX (1) 85100218
---	---	----------------------------	-------------	---

26-Nome do Profissional Executante GABRIELA SANTOS DA CRUZ DE GOES	27-Número no CRO 138944	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Diário Registo	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Ajuste
1-0	0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VMP	1	1 2 2 1 0 0	0,00	5	26/02/2024	Procedimento	
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento 26/02/2024	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 1 2 2 1 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franchise / 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), (foram realizados) 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 26/02/2024	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 26/02/2024	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 26/02/2024	53-Data local e Carimbo da Empresa 26/02/2024
--	---	---	--

Gabriela S. Cruz
 Cirurgiã Dentista
 CRPSP 138944