

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-ANº

420888
INTERCÂMBIO

7-Data Validade da Senha
1 5 / 0 2 / 2 1

6-Número da Guia Principal
8061236

5-Senha
AUTORIZADO

4-Data de Autorização
1 2 / 4 / 1 1 / 2 0

3-Data de Emissão da Guia
1 7 / 1 1 / 1 2 / 0

1-Registro ANS
406414

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
0 0 2 0 2 0 2 5 1 8 6 4 5 0 0 0 1 9 4 0 1

13-Nome
MILENA XAVIERLOPES

11-Data Validade da Carteira
/ / / / / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
MILENA XAVIERLOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
1 7 5 5 6 2 8 8 9 7

22-Nome do Contratado Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

23-Número no CRO
94101

24-UF
SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR

27-Número no CRO
94101

28-UF
SP

29-Código CBO S

30-Código CBO S

31-Valor
0 2 5 -

32-Valor
Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
1-0	0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0				17/11/20	X 0000
2-0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0				28/11/20	X 0000
3-0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0				28/11/20	X 0000
4-0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0				28/11/20	X 0000
5-0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0				28/11/20	X 0000
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Data Previsão Término do Tratamento
/ /

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 Quantitativo US
1 7 8 0 0

47-Valor Total R\$
1 0 0 0

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 a pagar os valores 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
28/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
28/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /

Av. São João, 473 - Ponta São João
Jundiaí SP Tel: 4528-3559