

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



369966
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 3 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 0 5 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7848525	7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 2 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

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

13-Nome ISABELLA VICTORIA COSTA BORBA	14-Telefone (1 1) 2 5 2 4 9 3 3 2	15-Nome do titular do plano ROSANGELA OLIMPIA DA COSTA BORBA
--	--	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	18-Número no CRO 118811	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
---	--	--------------------------	---	----------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 8 8 2 3 2 8 0 3	22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	23-Número no CRO 118811	24-UF SP	25-Código CNES
--	--	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ	27-Número no CRO 118811	28-UF SP	29-Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

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 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA				1	3 4 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	05/11/20	
2-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASE		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	05/11/20	
3-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HASD		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	05/11/20	
4-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAID		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	05/11/20	
5-0 0 1 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO		HAIE		1	3 5 1 0 0	0 0 0 0	0 0 0 0	S	05/11/20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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 7 4 0 0	47-Valor Total R\$	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 05/11/20	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------