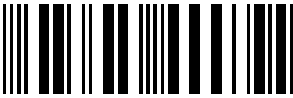


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2097783
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/11/24	4-Data de Autorização 11/11/24	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 13187798	7-Data Validade da Senha 06/02/25
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 002025009620200159101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/__/_/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCAS RIBEIRO PINTO		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCAS RIBEIRO PINTO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	18-Número no CRO 46063	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 09551918827	22-Nome do Contratado Executante FABRICIO MARCELO OLIVATTI	23-Número no CRO 46063	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABRICIO MARCELO OLIVATTI		27-Número no CRO 46063	28-UF SP	29-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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S			
2-	0082001286	REMOÇÃO DE DENTES	28		1	361,00	0,00		S			
3-	0082001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S			
4-												
5-												
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 581,00		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 . Favor anexar rx panorâmico Inicial conforme as regras da operadora.			
--	--	--	--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante _/_/__/__/_/	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/__/_/	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/__/_/	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/__/_/
---	---	---	---