



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

314407
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/05/2020	4-Data de Autorização 25/05/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7571010	7-Data Validade da Senha 17/08/2020
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 00202510550600313001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome NILSON APARECIDO GALONI	14-Telefone (19) 3387-1424	15-Nome do titular do plano NILSON APARECIDO GALONI
------------------------------------	-------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	18-Número no CRO 59102	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26881207867	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	23-Número no CRO 59102	24-UF SP	25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	27-Número no CRO 59102	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-A
1-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			02/06/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			02/06/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			02/06/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			02/06/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			02/06/20		
6-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00			02/06/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 02/06/20	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 239,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	-------------------------------------

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 do tratamento. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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 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 02/06/2020 Roberto C. P. Polidoro	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/06/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--