

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



386658
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 0 6 / 1 0 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7921212	7-Data Validade da Senha 2 9 / 1 2 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 9 0 2 7 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 PAULO HENRIQUE MILAGRES DA PAIXAO	14-Telefone (_) _ - _	15-Nome do titular do plano PAULO HENRIQUE MILAGRES DA PAIXAO		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE PAAL MONTEIRO	18-Número no CRO 56836	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 5 9 6 1 2 8 9 8 4 2	22-Nome do Contratado Executante CRISTIANE PAAL MONTEIRO	23-Número no CRO 56836	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE PAAL MONTEIRO	27-Número no CRO 56836	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
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 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
2-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
3-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
4-	0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
5-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 , 0 0	0 , 0 0		S	/ /		
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 2 0 5 , 0 0	47-Valor Total R\$ 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 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 _ / _ / _	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _ / _ / _	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _ / _ / _	53-Data, local e Carimbo da Empresa _ / _ / _
--	--	--	--