

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



531456
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 23/10/21		4-Data de Autorização 27/04/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8513076		7-Data Validade da Senha 22/07/21		
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 00202510550600592901				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome ROSANGELA MARIANO DA SILVA						14-Telefone (11) 3259-8014		15-Data Validade da Carteira 02/07/1966				
15-Nome do titular do plano ROSANGELA MARIANO DA SILVA												
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA GARCIA				18-Número no CRO 24184		19-UF SP		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01424131863				22-Nome do Contratado Executante VERA LUCIA GARCIA				23-Número no CRO 24184		24-UF SP		
25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante VERA LUCIA GARCIA				27-Número no CRO 24184		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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	/ /	/ /	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	/ /	/ /	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	/ /	/ /	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	/ /	/ /	
5	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		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 178,00		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												
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				54-Data, local e Carimbo da Empresa								

BOCA DO CÉU ODONTOLÓGICA
INTEGRADA S/C LTDA
04.896.785/0001-83