

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321542
INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Data de Emissão da Guia 08/06/20	4-Data de Autorização 16/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7619196	7-Data Validação da Senha 06/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601508501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CARLOS ALBERTO VIANA		14-Telefone 06/02/1970		15-Nome do titular do plano CARLOS ALBERTO VIANA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO	18-Número no CRO 66780	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817		22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO		23-Número no CRO 66780	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-RPIE
26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO		27-Número no CRO 66780		28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0081000421	RX PERIAPICAL	RPIE		1	14,00	0,00		S	29/07/20		
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	28/07/20		
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	16/07/20		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/07/20	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 136,00	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 29/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--