

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-N-Z

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 09/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8025778	7-Data Validade da Senha 03/02/21	412427 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 100202510550601691501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validada da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

Dados do Contrato Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	N	17-Nome do Profissional Solicitante	MARCIA SANTANA BORGES	18-Número no CRO	78161	19-UF	SP	20-Código CBO S	025 -	Faturar Empresa
---------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	------------------	-------	-------	----	-----------------	-------	-----------------

[illegible]

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	1277781240808811	22-Nome do Contratado Executante	MARCIA SANTANA BORGES	23-Contínua no CRO	78161	24-UF	SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante	MARCIA SANTANA BORGES	27-Número no CRO	78161	28-UF	SP	29-Código CBO S			

Plano de Tratamiento / Procedimientos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Parte/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchi/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia da Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00	0,00	S	05/11/20		X
2-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00	0,00	S	05/11/20		X
3-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00	0,00	S	05/11/20		X
4-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00	0,00	S	05/11/20		X
5-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00	0,00	S	05/11/20		X
6-00	851100196	RESTAURAÇÃO RESINA	V	1	61,00	0,00	0,00	S	05/11/20		X

43-Data de emissão do documento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
25/11/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	366,00	0,00	0,00

Declaro, que após ter sido devidamente assistido sobre os propósitos, fins, custos e diferenciais 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) 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, os valores referentes ao tratamento realizado, conforme acima apresentado, a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Imagens analisadas.

50 - Data local e Assinatura do Especialista Solicitante	<i>[Assinatura]</i>	51 - Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	<i>[Assinatura]</i>	52 - Data local e Assinatura do Radiologista / Responsável	<i>[Assinatura]</i>	53 - Data local e Assinatura da Empresa	Dra. Marcia S. Borges Clínica Dentária
49 - Observação							
Imagens analisadas.							

a. Marcia S. Borges
Cirurgia Dentista
CROSP 78161

8/1