



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



411678
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 0 4 / 1 1 / 1 2 0 0	4-Data de Autorização 1 1 / 1 1 / 1 2 0 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8023050	7-Data Validade da Senha 0 2 / 1 0 / 2 1 2 1
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / / / / / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 0 6 0 0 5 7 5 9 0 2		9-Plano POS REDE PRESTADORA		13-Nome ADALBERTO WANDERLEY DOS SANTOS		14-Telefone () / / / / /	
15-Data Validade da Carteira / / / / / /		16-Telefone () / / / / /		17-Data Validade da Carteira / / / / / /		18-Data Validade da Carteira / / / / / /	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		19-UF SP		20-Código CBO S		21-Data Validade da Carteira / / / / / /	
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		18-Número no CRO 118811		19-UF SP	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 3 8 1 8 2 3 2 3 2 8 0 3		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		23-Número no CRO 118811		24-UF SP	
26-Nome do Profissional Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		27-Número no CRO 118811		28-UF SP		29-Código CBO S	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																
30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data						
1-	0 0 1 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0		0 0 0 0		1 1 / 1 1 / 2 0						
2-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0		0 0 0 0		1 1 / 1 1 / 2 0						
3-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0		0 0 0 0		1 1 / 1 1 / 2 0						
4-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0		0 0 0 0		1 1 / 1 1 / 2 0						
5-	0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0		0 0 0 0		1 1 / 1 1 / 2 0						
6-																
7-																
8-																
9-																
10-																
11-																
12-																
13-																
14-																
15-																

43-Data Previsão Término do Tratamento			44-Tipo de Atendimento			45-Tipo de Faturamento			46-Total Quantidade US			47-Valor Total R\$		
1 1 / 1 1 / 1 1			1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortodontia 4- Urgência/Emergência			1- Total 2- Parcial			1 7 8 0 0			1 1 7 8 0 0		

43-Data Previsão Término do Tratamento / / / / / /	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 1 7 8 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0 0 0	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0 0 0 0 0 0
---	--	---	---------------------------------------	-----------------------------------	--

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(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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.	
49-Observação	

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 1 1 / 1 1 / 2 0	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 1 1 / 1 1 / 2 0	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 1 1 / 1 1 / 2 0	53-Data, local e Carimbo da Empresa 1 1 / 1 1 / 2 0
--	--	--	--