



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2M*



1.Registro ANS 406414	3.Data da Emissão da Guia 14/10/20	4.Data de AutORIZAÇÃO 17/10/20	5.Será AUTORIZADO	6.Número da Guia Principal 7956660	7.Data Validade da Sanha 12/01/21	395482 INTERCÂMBIO
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------

8.Número da Carteira 010202510550600919802	9.Plano POS REDE PRESTADORA	10.Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11.Data Validade da Carteira / /	12.Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13.Nome DOZOLINA STEFANI	22/06/1967	14.Teléfono (11) 39923298	15.Nome do titular do plano AMABILE STEFANI BEZERRA
-----------------------------	------------	------------------------------	--

16.Atendimento a RH N	17.Nome do Profissional Solicitante ERWYN COVALIUC	18.Número no CRO 104442	19.UF SP	20.Código CBO S 025 -
--------------------------	---	----------------------------	-------------	--------------------------

21.Código na Operadora / CNAJ / CNAE 33587423857	22.Nome do Contratado Executante ERWYN COVALIUC	23.Número no CRO 104442	24.UF SP	25.Código CNES
---	--	----------------------------	-------------	----------------

26.Nome do Profissional Executante ERWYN COVALIUC	27.Número no CRO 104442	28.UF SP	29.Código CBO S
--	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		32.Descrição	33.Dent/Região	34.Fase	35.COD	36.Quantidade US	37.Valor	38.Franquizado participação R\$	39.Ant	40.Costa de Participação	41.Motivo da Oclusão	42.Assinatura
1	0	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00		S			
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43.Data Previsto 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 34,00	47.Valor Total R\$ 0,00	48.Total Franquia / Co-participação R\$ / /
---	--	---	---------------------------------	----------------------------	--

50.Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 12/10/20	51.Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/10/20	52.Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/20	53.Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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) 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 e arcar com os custos conforme previsto em contrato.