

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



370919
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/7/09/12/0	4-Data de Autorização 10/9/09/12/0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7852265	7-Data Validade da Senha 06/11/20
--------------------------	---	---------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 10012021507366700651802	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RENAULT DO BRASIL SA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome PAULA ZANCO MIRANDA	14-Teléfono 16/04/1988	15-Nome do titular do plano ANDRE LUIS FERREIRA		

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante IRIS DE ALMEIDA COSER	18-Número no CRO 136767	19-UF SP	20-Código CBO S 025
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 14421289386	22-Nome do Contratado Excusante IRIS DE ALMEIDA COSER	23-Número no CRO 136767	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Excusante IRIS DE ALMEIDA COSER	27-Número no CRO 136767	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
1-00081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	34,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
2-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
3-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
4-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
5-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
6-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
7-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
8-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
9-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
10-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
11-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
12-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
13-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
14-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X
15-000810000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00	0,00	09/09/20	10/09/20	X	X

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 174,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	---	----------------------------------	----------------------------	---

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 pagar em meu nome e por minha conta, ao 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 assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 09/10/09/12/0 Dra. Iris de Almeida Coser Cirurgião-Dentista CRO/SP 136.767	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/10/09/12/0 Dra. Iris de Almeida Coser Cirurgião-Dentista CRO/SP 136.767	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/10/09/12/0 Dra. Iris de Almeida Coser Cirurgião-Dentista CRO/SP 136.767	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------