



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

451517
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/21/01/21	4-Data de Autorização 31/11/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8186091	7-Data Validade da Senha 11/21/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Censura 000202510550600313002	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Censura / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ANA JULIA GALONI		14-Telefone 10/02/2005 (19) 3387-1424	15-Nome do titular do plano NILSON APARECIDO GALONI		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Alcance a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	18-Número no CRO 59102	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26881207867	22-Nome do Contratado Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO	23-Número no CRO 59102	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ROBERTA COLUSSI PELINI POLIDORO		27-Número no CRO 59102	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela 1-001810000065	31-Código do Procedimento CONSULTA ODONTOLÓGICA	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Old
36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia 42-A
1-001810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	3400	0000
2-001810000065					
3-001810000065					
4-001810000065					
5-001810000065					
6-001810000065					
7-001810000065					
8-001810000065					
9-001810000065					
10-001810000065					
11-001810000065					
12-001810000065					
13-001810000065					
14-001810000065					
15-001810000065					
43-Data Previsão Término do Tratamento 03/12/21	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 3400	47-Valor Total R\$ 0000	48-Total Franquia / Co-participação
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 do 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 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 BA 11/01/21/21 Roberta C. N. Polidoro		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/01/21/21	
				53-Data, local e Carimbo da Empresa	