



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º Nº

380698
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/2/10 9/12/0		4-Data de Autorização 03/11/12/0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7892966		7-Data Validade da Senha 12/1/12/12/0		
Dados do Beneficiário										12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
8-Número da Carteira 0102022510550601603802		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira		13-Nome HELOISA VELOSO BASTIDA		15-Nome do titular do plano MARILENE GOMES VELOSO BASTIDA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento										12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		18-Número no CRO 118811		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 143882232803		22-Nome do Contratado Executante JAQUELINE LEAL ALVES DA CRUZ		23-Número no CRO 118811		24-UF SP		25-Código CNES				
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 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
1-00	1811000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			03/11/20		
2-00	181300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/11/20		
3-00	181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/11/20		
4-00	181300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/11/20		
5-00	181530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/11/20		
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\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
		1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		1-Total 2-Parcial		178,00		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 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
03/11/20	03/11/20	03/11/20	03/11/20