

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



433570
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/12/20	4-Data de Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8114015	7-Data Validade da Senha 03/03/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601474601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LETICIA SILVA BATISTA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LETICIA SILVA BATISTA		
18/10/1990					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante VERA LUCIA GARCIA
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 01424131863	22-Nome do Contratado Executante VERA LUCIA GARCIA
26-Nome do Profissional Executante VERA LUCIA GARCIA	27-Número no CRO 24184
18-Número no CRO 24184	19-UF SP
20-Código CBO S	24-UF SP
25-Código CNES	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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/12/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	16/12/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	16/12/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	16/12/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	16/12/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/12/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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/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, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 16/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/12/20
---------------	---	---	---	---

Dr. Vera Lucia Garcia
CPF: 014.241.318-63

Dr. Vera Lucia Garcia Moretti
CRO: 24184
CPF: 014.241.318-63

BÓCA DO CEU ODONTOLOGIA
INTEGRADA S/C LTDA
04.896.785/0001-83