



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

295609
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/03/20	4-Data de Autorização 07/03/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7449429	7-Data Validade da Senha 01/06/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 00202510550601536201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome LUIS BENEDITO ORTIZ	14-Telefone 06/05/1966	15-Nome do titular do plano LUIS BENEDITO ORTIZ
--------------------------------	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	18-Número no CRO 58579	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 15878037807	22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	23-Número no CRO 58579	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SOUZA FUNARI ZAGGO	27-Número no CRO 58579	28-UF SP	29-Código CBO S	(I) 85100218 (I) 85100218 (I) 81000421-RPID (I) 85100218 (I) 85100226 (I) 81000421- (I) 85100226 (I) 81000421-RPIE

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-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OVD	1	122,00	0,00		S	20/03/20		
2-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MDO	1	122,00	0,00		S	10/03/20		
3-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	46	MODV	1	122,00	0,00		S	10/03/20		
4-	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	34	DOV	1	122,00	0,00		S	10/03/20		
5-	0085100226	RESTAURAÇÃO RESINA	35	MODV	1	122,00	0,00		S	10/03/20		
6-	0081000421	RX PERIAPICAL		RPIE	1	14,00	0,00		S	10/03/20		
7-	0081000421	RX PERIAPICAL		RPID	1	14,00	0,00		S	10/03/20		
8-	0081000421	RX PERIAPICAL		RMID	1	14,00	0,00		S	10/03/20		
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão 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 652,00	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 arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Fotos analisadas.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	---	--