

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



303668
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/03/20	4-Data de Autorização 06/04/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7493530	7-Data Validação da Senha 17/06/20
Dados do Beneficiário			10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		
8-Número da Carteira 00202510550600944501			11-Data Validade da Carteira / /		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			12-Número do Cartão Nacional de Saúde		
13-Nome VANESSA BENTO ALEXANDRE			14-Telefone () -		
15-Data de Nascimento 26/12/1980			15-Nome do titular do plano VANESSA BENTO ALEXANDRE		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante USIMAGEM		18-Número no CRO 23279	
19-UF SP		20-Código CBO S 09		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 03723014879		22-Nome do Contratado Executante ROSA CARRIERI ROSSI		23-Número no CRO 23279	
24-UF SP		25-Código CNES		Enviar - RX (I) 81000405	
26-Nome do Profissional Executante ROSA CARRIERI ROSSI		27-Número no CRO 23279		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-	0081000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00			06/04/20		<i>Vanessa</i>
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
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 78,00	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	
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 06/04/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 06/04/20

Dra. Rosa Carrieri Rossi
Radiologista
CRO 23279

Dra. Paula Cristina Marques
Cirurgiã Dentista
CRO 74.198

A clínica radiológica

Solicitado pela paciente Vanessa
Bento Alexandre 1 RX panorâ-
mico Finalidade: avaliar
3^o molar

SP. 11/03/20

Paula C. M. Pontes
Cirurgiã Dentista
CROSP - 74.198

Paula Pontes

R. Stinguici - 1092 - rod. 2 - 982 63-5555