

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 20/04/2022	4-Data de Autorização 20/04/2022	5-Santa AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9816183	7-Data Validade da Santa 19/07/22
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

952487
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202510550600059701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome
ALEXANDRE JOSE DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RADIOLOGIA PANORAMICA	18-Número no CRO 73084	19-UF SP	20-Código CBO S 09
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 11978372809	22-Nome do Contratado Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	23-Número no CRO 73084	24-UF SP	25-Código CNES (1) 81000405
--	---	---------------------------	-------------	--------------------------------

26-Nome do Profissional Executante ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	27-Número no CRO 73084	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabalete	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-00	81000405	RADIOGRAFIA PANORÂMICA		1		78,00	0,00			20/04/2022		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Revisão / Término do Tratamento 20/04/2022	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 no 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 assiste 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 Paciente Solicitante 20/04/2022	51-Data Local e Assinatura do Cirurgião Dentista 20/04/2022	52-Data Local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 20/04/2022	53-Data Local e Cartão de Empresa 20/04/2022
--	--	--	---

CLINICA PANORAMA PRO-FRUTO LTDA

54-Data Local e Cartão de Empresa
20/04/2022

SAO JOSE DO RIO PRETO-SP.