



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 01/03/2017 4-Data de Autorização 01/03/2017 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7680515 7-Data Validade da Senha 01/01/2012

333651
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0102025105506011863101 9a-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

SOLANGE DA SILVA PEREIRA VIEIRA 08/02/1966 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano SOLANGE DA SILVA PEREIRA VIEIRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Alteramento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SUNAO AMBROSIO 18-Número no CRO 96982 19-UF SP 20-Código CBO S 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO 23-Número no CRO 96982 24-UF SP 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SUNAO AMBROSIO 27-Número no CRO 96982 28-UF SP 29-Código CBO S 30-Faturar Empresa 025 -

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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	0	8 1 0 0 0 0 3 0			1	13 4	10 0			10 0		
2-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
3-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
4-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
5-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
6-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
7-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
8-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
9-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
10-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
11-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
12-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
13-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
14-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		
15-0	0	8 2 0 0 0 8 7 5			1	17 3	10 0			10 0		

43-Data Previsto Término do Tratamento 03/03/2020 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 1326 47-Valor Total R\$ 10 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) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a pagadora 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 01/03/2017 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/03/2017 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 01/03/2017 53-Data, local e Carimbo da Empresa