



Itaquilândia para toda a vida

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



375932
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/19/20	4-Data de Autorização 16/10/19/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7873592	7-Data Validade da Senha 14/11/2020
--------------------------	--	--------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 002012507367000523701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa NISSAN DO BRASIL AUTOMOVEIS	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO DACAL ARSENI BITTENCOURT	25/03/1984				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR	17-Nome do Profissional Solicitante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	25 - Faturar Empresa					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	26-UF SP	27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S			
28-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO							30-Franquia/Co-participação R\$	31-Aut S16/09/20	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Gloriosa	42-Assinatura
1-0	0	8 5 4 0 0 5 0 5	REMOCAO DE TRABALHO	21	1	8 4 0 0	0 0 0 0	S16/09/20				
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 8 4 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0 0	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(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 16/10/19/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/19/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/19/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
--	--	--	-------------------------------------