



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

420374
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/11/20	4-Data de Autorização 24/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8059221	7-Data Validade da Senha 15/12/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 000202510550600820501	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ARTHUR DA SILVA CAETANO		14-Telefone (11) 6063-1188	15-Nome do titular do plano ARTHUR DA SILVA CAETANO		
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante A.R ODONTOLOGIA BEM ESTAR					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809		18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa
22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S	
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd
1-00181000065		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1
2-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		3
3-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1
4-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1
5-00185300047		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1
6-00185300047					
7-00185300047					
8-00185300047					
9-00185300047					
10-00185300047					
11-00185300047					
12-00185300047					
13-00185300047					
14-00185300047					
15-00185300047					
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 178,00					
47-Valor Total R\$ 10,00					
48-Total Franquia / Co-participação R\$ / /					
Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os prazos, 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), 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 24/11/2020		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/11/2020		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/11/2020	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					