

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2.º N.º

1901547
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 3 0 1 / 0 5 / 1 2 4	4-Data de Autorização 0 5 / 1 0 / 1 6 1 2 4	5-Sinoma AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 12547204	7-Data Validada de Sinoma 2 8 / 1 0 8 / 1 2 4
Debito do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0 1 0 1 2 0 2 5 5 3 3 1 1 9 0 0 1 6 3 9 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa TUPY SA	11-Data Validada da Carteira / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ESTEVAO FERRARI					
Debito do Contratado Responsável pelo Tratamento					
14-Atendimento a SIN	15-Nome do Profissional Solicitante NICOLI MARCELINO DELALLO	16-Número no CRO 20523	17-UF SC	18-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / ONPJ / CPE 1 3 2 8 7 3 2 0 3 0 0 0 1 8 1 9	22-Nome do Contratado Exatante DENTAL MED CLINICA INTEGRADA LTDA	23-Número no CRO 20523	24-UF SC	25-Código CRO S	2925699
26-Nome do Profissional Exatante NICOLI MARCELINO DELALLO					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30-Tabella	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ddd
1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	1-0 0 1 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA	1	1	1
2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1	2-0 0 1 8 5 3 0 0 0 4 7 1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	1	1	1
3-1					
4-1					
5-1					
6-1					
7-1					
8-1					
9-1					
10-1					
11-1					
12-1					
13-1					
14-1					
15-1					
43-Data Previsão Término do Tratamento					
44-Tipo de Atendimento					
45-Tipo de Faturamento					
46-Total O. aratizada US					
47-Valor Total R\$					
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), (foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma salutar. 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-Obs/Variação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
10/05/2024

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
10/05/2024

52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/05/2024

53-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
10/05/2024