

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



309238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/04/20	4-Data de Autorização 01/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7535609	7-Data Validade da Senha 28/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601822902	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ROSANGELA DE OLIVEIRA CHUMAN	14-Telefone () 3551-3366	15-Data de nascimento 13/08/1976	15-Nome do titular do plano ELIAS MARCELO CHUMAN
---	------------------------------	-------------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SIMONE GAMA CARDOSO	18-Número no CRO 66780	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218 (I) 81000421- (IF) 85200140-24 (I) 81000421-RPSE
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 26244334817	22-Nome do Contratado Executante SIMONE GAMA CARDOSO	23-Número no CRO 66780	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante SIMONE GAMA CARDOSO		27-Número no CRO 66780	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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/20		Rosângela
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Rosângela
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Rosângela
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Rosângela
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	11/05/20		Rosângela
6	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	19/05/20		Rosângela
7	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	25/05/20		Rosângela
8	00851000218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	122,00	0,00		S	29/05/20		Rosângela
9	00852000140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	24		1	333,00	0,00		S	29/05/20		Rosângela
10	00810000421	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Rosângela
11	00810000421	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	29/05/20		Rosângela
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 29/05/20	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 1779,00	47-Valor Total R\$ 10,00	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 em 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 29/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 29/05/20 Rosângela	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------