

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



333784
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 03/07/2012	4-Data de Autorização 08/07/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7680990	7-Data Validade da Senha 01/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira _/_/__/__		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
8-Número da Carteira 00202510550601051602									
13-Nome VALENTINA BARBOSA LOPES				14-Telefone (11) 3522-5072		15-Nome do titular do plano RODRIGO LOPES PEREIRA			
				10/02/2012					

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	
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					

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-	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	09/07/20		
2-	0081000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72,00	0,00		S	09/07/20		
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 09/07/20	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 106,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 09/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 09/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 09/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	-------------------------------------