

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2553345
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 1 1 / 2 5	4-Data de Autorização 2 2 / 1 1 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14641249	7-Data Validade da Senha 2 1 / 0 1 / 2 6	2553345 INTERCÂMBIO						
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 0 3 6 7 6 6 0 0 1 8 7 0 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa HORFRAN COMERCIAL ELETRO	11-Data Validade da Carteira _ / _ / _	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705102886233840								
13-Nome GABRIEL CORREA OLIVEIRA JULIO	20/06/2000	14-Telefone (_) _ _ _ - _ _ _	15-Nome do titular do plano GABRIEL CORREA OLIVEIRA JULIO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ALANA DE JESUS NASCIMENTO	18-Número no CRO 135410	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa								
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 3 0 7 2 6 9 2 7 8 5 6	22-Nome do Contratado Executante ALANA DE JESUS NASCIMENTO	23-Número no CRO 135410	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ALANA DE JESUS NASCIMENTO		27-Número no CRO 135410	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
1-0 0 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLOGICA	_	1		3 4 ,0 0	0 ,0 0					
2-0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	_	1		1 4 ,0 0 0	0 ,0 0					
3-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
4-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
5-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
6-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
7-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
8-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
9-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
10-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
11-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
12-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
13-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
14-0 0 8 5 1 0 0 1 9 6		RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	6 1 ,0 0	0 ,0 0					
15-												
43-Data Previsão 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 	9 0 6 ,0 0	47-Valor Total R\$ 	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 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 _____ _____ _____	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _____ _____ _____	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _____ _____ _____	53-Data, local e Carimbo da Empresa _____ _____ _____
--	--	--	--