



Indicador para vob 2016

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4º



450481
INTERCÂMBIO

1-Registro AINS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/01/01/21	4-Data de Autenticação 11/01/01/21	5-Sentido AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8182209	7-Data Validade da Guia 11/01/01/21
---------------------------	--	---------------------------------------	-------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0101201251105101601111157011	9-Piloto POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/01/01/21	12-Número do Cartão Nacional da Saúde
--	---------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome AMILSON BARREIRA DOS REIS	08/05/1966	14-Telefone (11) 81372314079	15-Nome do titular do plano AMILSON BARREIRA DOS REIS
--------------------------------------	------------	---------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
16-Abandono a RV N	17-Nome do Profissional Solicitante MATEUS NUNES SAMPAIO
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 145216161829185101	22-Nome do Contratado Executante MATEUS NUNES SAMPAIO
26-Nome do Profissional Executante MATEUS NUNES SAMPAIO	27-Número no CRO 135977
18-Número no CRO 135977	19-UF SP
23-Número no CRO 135977	24-UF SP
25-Código CNES	26-UF SP
28-UF SP	29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30- Tabela	31- Código do Procedimento	32- Descrição	33- Densidade Regiço	34- Faixa	35- Qtd	36- Quantidade US	37- Valor	38- Franquia Co-participação R\$	39- Aut	40- Data de Realização	41- Nome da Guia	42- Assinatura
1-0	0	810010065			1	34,00	0,00	0,00		11/01/21		
2-1												
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 Prevista Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R\$	48-Total Franquia / Co-participação R\$
11/01/21	1-Tratamento Odontológico	1-Total 2-Parcial	34,00	10,00	

Declaro, que não ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceto 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(ram) 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 11/01/21 Mateus Nunes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/01/21 Mateus Nunes	52-Data, local e Assinatura do Responsável 11/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/01/21
--	--	--	---

Dr. Mateus Nunes Sampani
Cirurgião Dentista
CROSP 135977