

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

252055
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 12/05/11 11/11/19		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7222362		7-Data Validade da Senha 12/03/11 02/12/20	
8-Número da Carteira 00020202510550160144012		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome GIANE PAULA DUARTE TEIXEIRA		13/01/1977		14-Teléfono (11) 7774151973		15-Nome do titular do plano DAVI MASSAO RODRIGUES TEIXEIRA			
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO		18-Número no CRO 76750		19-UF SP		20-Código CBO S 025 -	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 125350740873		22-Nome do Contratado Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO		23-Número no CRO 76750		24-UF SP		Faturar Empresa Enviar - RX (0) 85100226	
26-Nome do Profissional Executante FLAVIA ANITA GIRALDI CAVALLEIRO		27-Número no CRO 76750		28-UF SP		29-Código CBO S			

30-Tabella	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
1-000810000065	1	CONSULTA ODONTOLÓGICA	HASD	1	1	3,40	0,00	0,00	0,00	08/11/11	0,00	08/11/11
2-000815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/11/11	0,00	08/11/11
3-000815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/11/11	0,00	08/11/11
4-000815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/11/11	0,00	08/11/11
5-000815300047	1	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	3,60	0,00	0,00	0,00	08/11/11	0,00	08/11/11
6-000815100226	12	RESTAURAÇÃO RESINA	VPMD	1	1	12,20	0,00	0,00	0,00	08/11/11	0,00	08/11/11
7-000000000000												
8-000000000000												
9-000000000000												
10-000000000000												
11-000000000000												
12-000000000000												
13-000000000000												
14-000000000000												
15-000000000000												

43-Data Previsto Término do Tratamento 08/10/11/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	47-Valor Total R\$ 300,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	---	---	------------------------------	---

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(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.

48-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 08/11/11/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 08/11/11/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 08/11/11/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 08/11/11/2020
--	--	--	--

Endereço e Oficina
CROSP 76.750