

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

240



1-Registro ANS	406614
3-Dia de Emissão da Guia	03/06/23
4-Dia de Autorização	05/06/23
5-Sentença	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	11297150
7-Dia Vencido da Sentença	01/09/23

1478780
INTERCAMBIO

[illegible]

Tela de Consulta Pacientes pelo Tratamento			
17-Ano do Profissional Solicitante	18-Ano no CBO		
17-Atividade a ser	19-UF		
CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS		SP	
21-Código no Operatório (CBO) / CFE	23-Ano no CBO	24-UF	25-Código CNEC
9114015410101160	140453	SP	4103335
22-Nome do Consultado Encarregado		26-Código CBO S	
SOMANDO SORRISOS ODONTOLOGIA		20-Código CBO S	
26-Nome do Profissional Encarregado		28-UF	
CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS		SP	
27-Ano no CBO			
140453			

025 -

Faturar Empresa

30-Data de Tratamento / Procedimento Suscitado		31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Data Registro	34-Valor	35-Cof	36-Quantidade US	37-Mat	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Divergência
1-0	0	8	1	0	0	0	0	6	5			
CONSULTA ODONTOLÓGICA												
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
42-Dados Previstos Termo do Tratamento		44-Tipo de Atendimento		45-Tipo de Tratamento		46-Total Quantidade US		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação R\$		
☐ 1- Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-4-4-Genética-Enfermagem		☐ 1-Todo 2-Parcial		☐ 1-Todo 2-Parcial		3 4 1 0 0		10 10 10		10 10 10		

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 e autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura do Operador

10311061213 5P	5000a. local e Administração do Curiatão-Dentista
0311061213 5P	51-Dua local e Administração do Curiatão-Dentista
0511061213 5P	52-Dua local e Administração do Benedito-Dentista
10311061213 5P	53-Dua local e Curatão da Empresa

Dr. Renato Ribeiro Eustachio Santos
Cirurgia Dentista
CRO-SP 140.453