

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2502630
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 1 4 / 1 0 / 2 5	4-Data de Autorização 1 5 / 1 0 / 2 5	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14487923	7-Data Validade da Senha 1 3 / 1 2 / 2 5
--------------------------	--	--	-----------------------	--	---

Dados do Beneficiário				
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 0 0 7 5 1 7 1 0 0 0 6 5 9 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706000328431544
13-Nome ANA CLARA COUTINHO DE SOUZA		14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ANA CLARA COUTINHO DE SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento				
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANA FLAVIA PALAZZI MOURA	18-Número no CRO 168840	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 4 3 1 2 4 9 0 0 8 2 0	22-Nome do Contratado Executante ANA FLAVIA PALAZZI MOURA	23-Número no CRO 168840	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ANA FLAVIA PALAZZI MOURA		27-Número no CRO 168840	28-UF SP	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

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 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	31	L	1	6 1 0 0	0 0	S		/ /		
2-										/ /		
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
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 6 1 0 0		47-Valor Total R\$ 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 / /
--	--	--	--