



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

345874
INTERCÁMBIO

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 26/10/2017	3-Data de Autorização 27/10/2017	4-Senha AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal 7736264	6-Data Validade da Senha 24/11/2017																		
Dados do Beneficiário																							
8-Número da Carteira 000202510506008397011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																			
13-Nome ACEMIRA VENANCIO ANDRADE		14-Telefone 23/11/2043 (11) 35894693	15-Nome do titular do plano ACEMIRA VENANCIO ANDRADE																				
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa																		
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNEB	Enviar - RX (I) 85100218																		
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S																			
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																							
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											
1-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00			17/10/2017													
2-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			17/10/2017													
3-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00			17/10/2017													
4-00185100218		RESTAURAÇÃO RESINA	47	OMV	1	122,00	0,00			17/10/2017													
5-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00			17/10/2017													
6-00185100196		RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00			17/10/2017													
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 427,00		47-Valor Total R\$ 0,00		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(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 12/11/2017						51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 12/11/2017						52-Data, local e Assinatura do Beneficiário/Responsável 12/11/2017						53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					