

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
12/08/2017 12:22

4-Data de Autorização
12/09/2017 12:22

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
10184160

7-Data Validade da Guia
12/06/2018 12:22

1079591
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
1000201251015106010178103

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
SANDRA APARECIDA MASSOCHINI RAMOS

14-Telefone
() - - - - -

15-Nome do titular do plano
FLAVIO RAMOS TANAMATI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Endereço a RN
BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

18-Número no CRO
134922

19-UF
SP

20-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
44984113000144

22-Nome do Contratado Executante
NOLASCO ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA

23-Número no CRO
138944

24-UF
SP

25-Código CINES
2879549

26-Nome do Profissional Executante
BIANCA IANKEVICZ ARRIVABENE

27-Número no CRO
134922

28-UF
SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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 Glorosa	42-Assinatura
1-0	0181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,10	0,00			28/07/2017		
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\$							
25/10/2017	1-1-Tratamento Odontológico	1-1-Total 2-Parcial	34,10	0,00								

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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-Observações

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
12/10/2017
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
12/10/2017
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
28/07/2017
53-Data, local e Carimbo de Empresa
28/07/2017
Nolasco Odontol
Rita Carimbo
Tel: 3473-660