

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



382974
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/10/2020	4-Data de Autorização 25/10/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7905208	7-Data Validade da Senha 23/11/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601362002		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome VERA HELENA DA SILVA NASCIMENTO				14-Telefone (11) 460214450		15-Nome do titular do plano MARCO ANTONIO SILVA OLIVEIRA					

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante RICARDO FERRARES		18-Número no CRO 61320		19-UF SP		20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 13292403839		22-Nome do Contratado Executante RICARDO FERRARES		23-Número no CRO 61320		24-UF SP		25-Código CNES					
26-Nome do Profissional Executante RICARDO FERRARES		27-Número no CRO 61320		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 Glosa	42-Assinatura
1-	0082000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00			29/10/2020		
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 73,00	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/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 29/10/2020	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/10/2020
---------------	---	---	---	---

Ricardo Ferrares
1º Tenente Dentista
CRO-SP 61320 / CRO-MS 3276
IDT MILITAR 093829144-0
Exército Brasileiro

