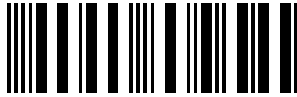


GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



332342
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/07/20	4-Data de Autorização 20/07/20	5-Senha CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 7674874	7-Data Validade da Senha 29/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601777804	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira _/_/__/	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUIZA DUCATTI GONCALVES	14-Telefone 28/08/2013	15-Nome do titular do plano PATRICIA DUCATTI GONCALVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante NUCLEO ESPECIALIZADO EM ODONTOLOGIA	18-Número no CRO 86530	19-UF SP	20-Código CBO S 10
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 24800671817	22-Nome do Contratado Executante DAVIDSON LEANDRO PERES DA COSTA	23-Número no CRO 86530	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DAVIDSON LEANDRO PERES DA COSTA	27-Número no CRO 86530	28-UF SP	29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00			S	01/08/20		
2-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	16		1	49,00			S	01/08/20		
3-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	26		1	49,00			S	01/08/20		
4-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	36		1	49,00			S	01/08/20		
5-	0084000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	46		1	49,00			S	01/08/20		
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 230,00	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 _/_/__/	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista _/_/__/	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável _/_/__/	53-Data, local e Carimbo da Empresa _/_/__/
--	--	--	--