

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



498821
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 15/03/21		4-Data de Autorização 16/03/21		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 8385456		7-Data Validade da Senha 13/06/21	
Dados do Beneficiário											
6-Número da Carteira 00202510550601031302				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome LEOTILDE PEIXOTO ESCRIVANI											
14-Telefone (16) 3201-3639											
15-Nome do titular do plano WANDERLEY ESCRIVANI											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL											
18-Número no CRO 59922											
19-UF SP											
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16719116878				22-Nome do Contratado Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL				23-Número no CRO 59922			
24-UF SP				25-Código CNES				26-Nome do Profissional Executante FABIO AUGUSTO CURTI MIGUEL			
27-Número no CRO 59922				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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	15/03/21	Leotilde P. Escrivani	
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/03/21	Leotilde P. Escrivani	
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/03/21	Leotilde P. Escrivani	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/03/21	Leotilde P. Escrivani	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	15/03/21	Leotilde P. Escrivani	
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/03/21		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 178,00		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), 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 16/03/21		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/03/21		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/03/21		53-Data, local e Carimbo da Empresa	
---------------	--	---	--	---	--	---	--	-------------------------------------	--