



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

322989
INTERCÂMBIO

1-F-Registro ANS 406414						3-Data de Emissão do Guia 1 0 1 0 1 5 1 2 0 J						4-Data de Autorização 1 3 1 0 1 6 1 2 0 J						5-Sintha AUTORIZADO						6-Número da Guia Principal 7627150						7-Data Validade da Sintha 10 8 1 0 9 1 2 0 J																																																																																																																	
Dados do Beneficiário												8-Jornada de Trabalho 1 0 0 2 0 2 5 1 0 1 5 0 6 0 1 3 1 0 1 3 0 1 J												9-Piano POS REDE PRESTADORA												10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA												11-Data Validade da Carteira _ _ _ / _ _ / _ _ _												12-Número de Cartão Nacional de Saúde																																																																																			
13-Nome ADRIANA MOREIRA BARBOSA												14-Teléfono (_ _ _) _ _ _ _ _ _ _ _ _												15-Nome do titular do plano ADRIANA MOREIRA BARBOSA																																																																																																																							
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																								16-Atendimento a RN N																								17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SANTOS MONTEIRO																								18-Número no CRO 134314																								19-UF SP																								20-Código CBO S 025 -																							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 4 3 2 0 1 3 0 0 8 1 2 1 3 _ _ _ _ _ _ _ _																								22-Nome do Contratado Excecuinte RODRIGO SANTOS MONTEIRO																								23-Número no CRO 134314																								24-UF SP																								25-Código CNES																								Faturar Empresa																							
26-Nome do Profissional Excecuinte RODRIGO SANTOS MONTEIRO																																																27-Número no CRO 134314																								28-UF SP																								29-Código CBO S																																															
Número de Tratamento / Procedimento e Salicâncias																																																																																																																																															

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 Class 42-Assinatura
1.	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 6 0 0		0 0 0	S	20/06/20	X [Assinatura]
2.	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 6 0 0		0 0 0	S	20/06/20	X [Assinatura]
3.	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 6 0 0		0 0 0	S	20/06/20	X [Assinatura]
4.	0 0 0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 6 0 0		0 0 0	S	20/06/20	X [Assinatura]
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											
11.											
12.											
13.											
14.											
15.											

44-Tipo de Atendimento

Data Previsto Término do Tratamento

[illegible]

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.

Chsenvarān

Dr. Rodrigo Monteiro
Cirurgião Dentista
CRO 134314

Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

53-Data, local e Carimbo da Empresa

53-Data, local e Carimbo da Empresa