



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



318213
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 9 / 0 5 / 2 0	4-Data de Autorização 13 / 0 1 / 0 5 / 12 / 0	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7600347	7-Data Validade da Sentença 2 7 / 0 8 / 2 0
--------------------------	--	--	--------------------------	---------------------------------------	--

8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 3 5 6 9 0 1	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / / / / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome MARIA EUNICE DA SILVA PRADO	02/05/1968	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIA EUNICE DA SILVA PRADO
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Matrimônio a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA	18-Número no CRO 82700	19-UF SP	20-Código CRO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 12 2 0 6 8 2 7 8 8 3 9	22-Nome do Contratado Executante FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA	23-Número no CRO 82700	24-UF SP	25-Código CNES (1) 85100218	Enviar - RX
26-Nome do Profissional Executante FERNANDA PAULA TRISTAO GUERRA	27-Número no CRO 82700	28-UF SP	29-Código CRO S		

Planilha de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Qtidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glor	42-Assinatura
1	0 0	8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OVM	1	1 2 2 0 0	0,00	S	29/05/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto 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 1 2 2 0 0	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
---	---	--	-------------------------------------	----------------------------	---

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. Deleito, ainda que o(s) procedimento(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
Um: Trocar a lentes por email, não me ate anexando a imagem.

50-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário Solicitante 29/05/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado-Donatário 29/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/20	53-Data, local e Cartão da Empresa 29/05/20
---	---	---	--

CNPJ: 23.000.510/0001-05