

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



417976
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/2/11 11/2/10	4-Data de Autorização 11/6/11 11/2/10	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8048802	7-Data Validade da Senha 11/01/10 12/11/21
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 101012101215110510510610119121091011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Name CELIA CRISTINA DE ABREU FERREIRA	14-Teléfono 08/05/1967	15-Name do titular do plano CELIA CRISTINA DE ABREU FERREIRA
---	---------------------------	---

16-Alimentação a RN N	17-Name do Profissional Solicitante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	18-Número no CRO 112913	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 081811512191916101	22-Name do Contratado Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 112913	24-UF SP	25-Código CNES	26-Name do Profissional Executante SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA	27-Número no CRO 112913	28-UF SP	29-Código CBO S
--------------------------	---	----------------------------	-------------	-----------------	---	--	----------------------------	-------------	----------------	--	----------------------------	-------------	-----------------

30-Tabela 31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Clid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
PRÓTESE TOTAL											
AS											
1 0 0 8 5 4 0 1 0 4 0 8											
2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
3 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
4 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
5 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
6 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
7 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
8 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
9 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
10 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
12 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
13 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
14 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											
15 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1											

43-Data Previsto Término do Tratamento 22/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 11578,00	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. 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, compreendendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação . Favor anexar foto final com prótese superior instalada para pagamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante Dra. Suelen Mezzette de Oliveira CROSP 112913 22/11/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Suelen Mezzette de Oliveira CROSP 112913 22/11/20	52-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Dra. Suelen Mezzette de Oliveira CROSP 112913 22/11/20
---	---	---