

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



463013
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 28/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8238832	7-Data Validade da Senha 27/04/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550600810001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ADEMIR ALVES MORALI			14-Telefone (16) 3378-0684	15-Nome do titular do plano ADEMIR ALVES MORALI	

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 Enviar - RX (IF) 85400262-11
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		

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	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	11		1	154,00	0,00			05/03/21		
2	0085400262	PINO PRE-FABRICADO	11		1	118,00	0,00			05/02/21		
3	0085400114	COROA TOTAL EM CERÔMERO	11		1	472,00	0,00			12/03/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 27/01/21	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 744,00	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(ram) 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 Solicitante 28/01/21, Curitiba, Fábio Augusto Curti Miguel	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 28/01/21, Curitiba, Fábio Augusto Curti Miguel	52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 28/01/21, Curitiba, Ademir Alves Morali	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	--	-------------------------------------