

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



326763
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/06/20	4-Data de Autorização 26/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7645447	7-Data Validade da Senha 17/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

8-Número da Carteira 00202510550601286902		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CASSIO LUIS DUARTE DE SOUZA			14-Telefone (16) 3412-5148	15-Nome do titular do plano GISELE MARIA MOREIRA SOUZA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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 Enviar - RX (I) 85100200
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-	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	33	LV	1	88,00	0,00		S	07/07/20		
2-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	32	M	1	61,00	0,00		S	07/07/20		
3-	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	17/07/20		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 17/10/20	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 210,00	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/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 17/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável 17/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 17/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	---	-------------------------------------