

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-4*



349689
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/20	4-Data de Autorização 08/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7754139	7-Data Validade da Senha 30/10/20
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601094301	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 ANGELA APARECIDA ALTOMARI GERIBOLA		14-Telefone (11) 3578-6132	15-Data Validade da Carteira / /		
15-Nome do titular do plano MARIA ANGELA APARECIDA ALTOMARI GERIBOLA					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS		18-Número no CRO 116653	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36306515852	22-Nome do Contratado Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS		23-Número no CRO 116653	24-UF SP	25-Código CNES Enviar - RX (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218 (I) 85100218
26-Nome do Profissional Executante MARIA CAROLINA DE OLIVEIRA SIMAS			27-Número no CRO 116653	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	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	17/08/20		Maria
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	16	DOM	1	122,00	0,00		S	19/08/20		Maria
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	DOM	1	122,00	0,00		S	19/08/20		Maria
4	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	23	MVP	1	122,00	0,00		S	11/06/20		Maria
5	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	14	VDP	1	122,00	0,00		S	27/08/20		Maria
6	0082000816	EXODONTIA A RETALHO	25		1	73,00	0,00		S	03/09/20		Maria
7	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/08/20		Maria
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Maria
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Maria
10	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Maria
11	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	08/08/20		Maria
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 03/10/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo do Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 861,00	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 03/10/20 Maria Carolina de Oliveira Simas CROSP 116653	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 03/10/20 Maria Carolina de Oliveira Simas CROSP 116653	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 03/10/20 Maria Angela G.	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	---	-------------------------------------