

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



397141
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/2019	4-Data de Autorização 21/10/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7963855	7-Data Validação da Senha 13/01/21
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		8-Número da Carteira 00202510550601806801	9-Promoção POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validação da Carteira ____/____/____	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SIMONE APARECIDA PEREIRA DA SILVA		14-Telefone (____) _____-_____	15-Nome do titular do plano SIMONE APARECIDA PEREIRA DA SILVA			

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	18-Número no CRO 67946	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 116818324886	22-Nome do Contratado Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM	23-Número no CRO 67946	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante FABIANA PENTEADO FERNANDES SCOMPARIM		27-Número no CRO 67946	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-Av.	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASD	1	3	6	0	0	0	0	S 23/10/20		
2-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HASE	1	3	6	0	0	0	0	S 23/10/20		
3-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAID	1	3	6	0	0	0	0	S 23/10/20		
4-00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENIVAL	HAIE	1	3	6	0	0	0	0	S 23/10/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/10/2019	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 144,00	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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação 	Dra. Fabiana R. F. Scomparim Cirurgião-Dentista CRON 67946	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/2019	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/2019	53-Data, local e Carimbo da Empresa ____/____/____
---------------------------------------	--	---	---	---