

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



347541
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 29/07/20		4-Data de Autorização 29/07/20		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7744096		7-Data Validade da Senha 27/10/20			
Dados do Beneficiário													
8-Número da Carteira 00202510550600780801				9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /		12-Número do Cartão Nacional de Saúde			
13-Nome TATIANE APARECIDA ANTONIO						14-Telefone (11) 3378-3352		15-Data Validade da Carteira / /					
15-Nome do titular do plano TATIANE APARECIDA ANTONIO													
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			
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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	04/08/20			
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	04/08/20			
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	04/08/20			
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	04/08/20			
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	04/08/20			
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
43-Data Previsão Término do Tratamento / /		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 178,00		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 29/08/20		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/08/20		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/08/20		53-Data, local e Carimbo da Empresa							