

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



327115
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/09/2016 12:01	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7647350	7-Data Validade da Sentença 11/09/2019 12:01
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020120125105106018550101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/09/2019 12:01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome CLAUDIO TADEU DOS SANTOS	14-Idade 04/08/1963	15-Telefone (11) 11111111	16-Data Validade da Carteira 11/09/2019 12:01	17-Data Validade da Carteira 11/09/2019 12:01

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Abandono a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ROSECLER ILAUDECYR RIVA	18-Número no CRO 55149	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1171624191814	22-Nome do Contratado Executante ROSECLER ILAUDECYR RIVA	23-Número no CRO 55149	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ROSECLER ILAUDECYR RIVA	27-Número no CRO 55149	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
1-010815100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00	0,00	0,00	0,00	09/07/2016	
2-010815100196											
3-010815100196											
4-010815100196											
5-010815100196											
6-010815100196											
7-010815100196											
8-010815100196											
9-010815100196											
10-010815100196											
11-010815100196											
12-010815100196											
13-010815100196											
14-010815100196											
15-010815100196											

43-Data Revisão Técnico do Tratamento 09/07/2016	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 61,00	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, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham 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 Contratado-Dono do Tratamento 09/07/2016	51-Data, local e Assinatura do Profissional Assistente 09/07/2016	52-Data, local e Assinatura do Operador / Responsável 09/07/2016	53-Data, local e Assinatura da Empresa 11/09/2019
--	--	---	--