



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*

389266
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/10/20	4-Data de Autorização 07/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7931044	7-Data Validade da Senha 02/01/21							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 0020251050601477001	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ERIK MARCELO DOS SANTOS		14-Telefone 07/11/1981	15-Nome do titular do plano ERIK MARCELO DOS SANTOS									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante A.R. ODONTOLOGIA BEM ESTAR	18-Número no CRO 30136	19-UF SP	20-Código CBO S 10	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04450751809	22-Nome do Contratado Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	23-Número no CRO 30136	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante NORA CLAROS BAUTISTA PATINO		27-Número no CRO 30136	28-UF SP	29-Código CBO S								
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00			07/11/20		
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00			07/11/20		
3-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	P	1	61,00	0,00			07/11/20		
4-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00			07/11/20		
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00			07/11/20		
6-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			07/11/20		
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												
43-Data Previsto 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 36,00		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 07/11/2020			51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 07/11/2020			52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 07/11/2020			53-Data, local e Carimbo da Empresa			