



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 01/08/22	4-Data de Autorização 01/08/22	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 10195036	7-Data Validade da Serção 30/10/22	1083355 INTERCÂMBIO												
Dados do Beneficiário																		
8-Número da Carteira 00202506065700547502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde														
13-Nome ELIDIANE GASPARATTO DA COSTA		14-Telefone () 3334-1455	15-Nome do titular do plano NATANAEL BARBOSA DA COSTA															
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																		
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOCIANE DA SILVA PRETEL	18-Número no CRO 130389	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa													
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 28272139820	22-Nome do Contratado Executante JOCIANE DA SILVA PRETEL	23-Número no CRO 130389	24-UF SP	25-Código CNES														
26-Nome do Profissional Executante JOCIANE DA SILVA PRETEL		27-Número no CRO 130389	28-UF SP	29-Código CBO S														
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados																		
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	02/08/22		•Elidiane						
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	02/08/22		•Elidiane						
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	02/08/22		•Elidiane						
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	02/08/22		•Elidiane						
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	02/08/22		•Elidiane						
6-00																		
7-00																		
8-00																		
9-00																		
10-00																		
11-00																		
12-00																		
13-00																		
14-00																		
15-00																		
43-Carteira de Seguro do Paciente 02/08/22													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 Profissional Solicitante 02/08/22 Juciane S. Pretel													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/08/22 Juciane S. Pretel		52-Data, local e Assinatura do Responsável 02/08/22 Elidiane G. Costa		53-Data, local e Carimbo da Empresa	

Dra. Jociane S. Pretel
Cirurgiã DentistaDra. Jociane S. Pretel
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 130389