

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



769393

INTERCÂMBIO

2-Nº

Data de Emissão da Guia

1-Registro ANS

406414

Data de Autorização

3-Data de Emissão da Guia

0_5_/_1_1_/_2_1

1-Dados do Beneficiário

B-Número da Carteira

0_0_2_0_2_5_1_0_5_5_0_6_0_1_0_6_1_4_6_0_1

5-Senha

PENDENTE DE LIBERAÇÃO

6-Número da Guia Principal

769393

7-Data Validade da Senha

0_1_3_/_0_2_/_1_2_2

13-Nome

CELLA MARIA CURVELLO GONCALVES RAMOS

14-Telefone

(1_4_) 1_3_5_7_2_/_2_0_9_3

15-Nome do Titular do plano

CELLA MARIA CURVELLO GONCALVES RAMOS

16-Avendimento a RN

N

17-Nome do Profissional Solicitante

VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

18-Número no CRO

73946

19-UF SP

20-Código CBS

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

1_1_5_8_1_2_3_4_5_6_8_6_7_1_

22-Nome do Consultado Executante

VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

23-Número no CRO

73946

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante

VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA

27-Número no CRO

73946

28-UF SP

29-Código CBS

025 -

30-Tabela

31-Código do Procedimento

32-Descrição

33-Dame Região

34-Fase

35-Quantidade US

36-Valor

37-Valor

38-Franquia / Co-participação R\$

39-Aut

40-Data de Realização

41-Motivo da Glosa / Assinatura

42-Assinatura

43-Data Provisão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Total Franquia / Co-participação R\$

49-Total

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Crimbo da Empresa

| | | | |
|--|--|---|--|
| 1-Registro ANS 406414 | | 3-Data de Emissão da Guia 0_5_/_1_1_/_2_1 | |
| 4-Data de Autorização 1_/_1_/_1_/_1_/_1_/_1 | | 5-Senha | |
| 6-Número da Guia Principal 769393 | | 7-Data Validade da Senha 0_1_3_/_0_2_/_1_2_2 | |
| 8-Número da Carteira 0_0_2_0_2_5_1_0_5_5_0_6_0_1_0_6_1_4_6_0_1 | | 9-Enterprise INSTITUTO DE ASSISTENCIA | |
| 10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA | | 11-Data Validade da Carteira 1_/_1_/_1_/_1_/_1 | |
| 12-Número do Cartão Nacional de Saúde | | | |
| 13-Nome CELLA MARIA CURVELLO GONCALVES RAMOS | | 14-Telefone (1_4_) 1_3_5_7_2_/_2_0_9_3 | |
| 15-Nome do Titular do plano CELLA MARIA CURVELLO GONCALVES RAMOS | | 16-Avendimento a RN N | |
| 17-Nome do Profissional Solicitante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA | | 18-Número no CRO 73946 | |
| 19-UF SP | | 20-Código CBS 025 - | |
| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1_1_5_8_1_2_3_4_5_6_8_6_7_1_ | | 22-Nome do Consultado Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA | |
| 23-Número no CRO 73946 | | 24-UF SP | |
| 25-Código CNES | | 26-Nome do Profissional Executante VIVIAN CARLA CLAVISIO NEIVA | |
| 27-Número no CRO 73946 | | 28-UF SP | |
| 29-Código CBS 025 - | | 30-Tabela | |
| 31-Código do Procedimento 1_0_0_8_1_0_0_0_5_7_1_ | | 32-Descrição CONSULTA ODONTLOGICA DE TRATAMENTO EM | |
| 33-Dame Região 1 | | 34-Fase 24 | |
| 35-Quantidade US 1 | | 36-Valor 0,00 | |
| 37-Valor 0,00 | | 38-Franquia / Co-participação R\$ 0,00 | |
| 39-Aut | | 40-Data de Realização 2025-05-15 | |
| 41-Motivo da Glosa / Assinatura | | 42-Assinatura | |
| 43-Data Provisão Término do Tratamento 1/1/2025 | | 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Otodontia 4-Urgência/Emergência | |
| 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial | | 46-Total Quantidade US 4_2,_0_0 | |
| 47-Valor Total R\$ 0,00 | | 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00 | |
| 49-Total 0,00 | | 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante | |
| 51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | |
| 53-Data, local e Crimbo da Empresa | | | |
| 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 a arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda, que o(s) procedimento(s) descrevido(s) acima, é por mim assinado(s), fui(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 | | | |