



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

472099
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/8/10 21/2 11	4-Data de Autorização 10/8/10 21/2 11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8277877	7-Data Validade da Senha 10/9/10 51/2 11
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 1 8 5 9 1 0 1		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LUCIANA DA CONCEICAO FELTRIM		20/03/1985	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano LUCIANA DA CONCEICAO FELTRIM	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		025 - Faturar Empresa	
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solitante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	18-Número no CRO 94101	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 1 7 1 5 1 6 2 1 8 1 8 9 7 1 1 1 1	22-Nome do Contratado, Execulante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR	23-Número no CRO 94101	24-UF SP
26-Nome do Profissional Execulante ANESIO GRACINDO ALVES JUNIOR		27-Número no CRO 94101	28-UF SP
			29-Código CBO S
			20-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
1-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
RESTAURAÇÃO RESINA												
2-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
RESTAURAÇÃO RESINA												
3-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
RESTAURAÇÃO RESINA												
4-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
RESTAURAÇÃO RESINA												
5-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
RESTAURAÇÃO RESINA												
6-0	0	8	5	1	0	0	1	9	6			
RESTAURAÇÃO RESINA												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-1- Tratamento Odontológico

2-Exame Radiológico

3-Ortodontia

4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Quantidade US

36600

47-Valor Total R\$

0000

48-Total Franquia / Co-participação R\$

0000

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 aliar com os dados presentes no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foforam 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 correspondentes aos serviços prestados, bem como a efetuar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

D. Arcio Gracinda Andri

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
10/02/21	05/02/21	05/02/21	05/02/21

Rua: Av. São João, 473 - Ponte São João
 Jundiaí - SP Tel: 4526-3559