

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

687053
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/21	4-Data de Autorização 31/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9007963	7-Data Validade da Senha 29/11/21
8-Número da Carteira 00202510550600246001		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JOSE INACIO FIRMINO			14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano JOSE INACIO FIRMINO	
16-Atendimento a RN N					
17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO					
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		18-Número no CRO 45287	19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287		24-UF SP	25-Código CNES
27-Número no CRO 45287		28-UF SP		29-Código CBO S	30-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100218
(I) 85100218

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
1	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MVP	1	122,00	0,00		S	14/09/21	
2	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPD	1	122,00	0,00		S	14/09/21	
3	0085100218	RESTAURAÇÃO RESINA	21	DVP	1	122,00	0,00		S	31/08/21	
4	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MV	1	88,00	0,00		S	31/08/21	
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão 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 454,00	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 no 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

Dr. Elisete M. Antonias
Periodontista
CRO SP 45.287

Dr. Elisete M. Antonias
Periodontista
CRO SP 45.287

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
14/09/21

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
14/09/21

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
14/09/21

53-Data, local e Carimbo da Empresa
14/09/21

CEMAO
CRO/SP 5502



686922
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 31/08/21	4-Data de Autorização 31/08/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9007478	7-Data Validade da Senha 29/11/21
8-Número da Carteira 00202510550600246002					
9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira / /	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde		13-Nome BERNARDO MIGUEL PEREIRA			
14-Telefone 20/08/1971		15-Nome do titular do plano JOSE INACIO FIRMINO			
16-Atendimento a RH N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		18-Número no CRO 45287	
19-UF SP		20-Código CBO S 11		21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	
22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287		24-UF SP	
25-Código CNES		26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	
28-UF SP		29-Código CBO S		025 - Faturar Empresa	

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	6,100	0,00			31/08/21		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão 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 6,100	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	Dr ^a Elisete M. Antonias Periodontista CRO SP 45.287	Dr ^a Elisete M. Antonias Periodontista CRO SP 45.287	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 31/08/21	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/08/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/08/21
---------------	---	---	---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502