

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



401826

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 2 / 1 0 / 2 0	4-Cota de Autorização 0 4 / 1 1 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7982920	7-Data Validade da Senha 2 0 / 1 1 / 2 1
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 1 0 5 5 0 6 0 0 8 3 4 8 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-Name VANESSA APARECIDA ALVES SANTOS		13/03/1984	14-Telefone (11) 4 0 1 7 - 7 6 7 0	15-Name do titular do plano VANESSA APARECIDA ALVES SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (1) 85100200
16-Atendimento a RR N	17-Name do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNEB	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 4 2 1 9 5 8 8 0 0		22-Name do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número no CRO 55092	
26-Name do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO				29-Código CBO S	

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	26	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	/ /	/ /		
2	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OD	1	8 8 0 0	0 0 0 0	S	/ /	/ /		
3	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6 1 0 0	0 0 0 0	S	/ /	/ /		
4												
5												
6												
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	46-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	45-Total Quantidade US 2 1 0 0 0	47-Valor Total R\$ 0 0 0	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. José Eduardo de Mello C.R.O. 55092	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	---	--	--	--