

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



436591

INTERCÂMBIO

1-Registro ANG 406414	2-Data de Emissão da Guia 08/12/20	4-Data da Autorização 09/12/20	5-Senha AUTORIZADO	9-Número da Guia Principal 8126358	7-Data Validade da Senha 08/10/31/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550601455601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	16-Nome do titular do plano ANDRE MANOEL DO NASCIMENTO	
13-Nome ANDRE MANOEL DO NASCIMENTO		12/06/1981		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

10-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabeta	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rapido	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	09/12/20		
2	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
3	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 21/12/20	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 este trabalho foi realizado de acordo com 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 os procedimentos descritos acima, e por mim assinados, foram realizados 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 caso não for devidamente pago.

49-Observação	51-Data local e Assinatura do Profissional Solicitante 21/12/20	52-Data local e Assinatura do Profissional Responsável 21/12/20	53-Data, local e Centro da Empresa
---------------	--	--	------------------------------------