

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



396451

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/11/20	4-Data de Autorização 20/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7961114	7-Data Validade da Senha 13/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600834801	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANESSA APARECIDA ALVES SANTOS	14-Telefone (11) 4017-7670	15-Data de Nascimento 13/03/1984	16-Nome do titular do plano VANESSA APARECIDA ALVES SANTOS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-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	Faturar Empresa
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		

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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		[Assinatura]
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												

43-Data Prevista Faturamento 21/10/20	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 34,00	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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) 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, conforme os custos, conforme anexo, em anexo.

49-Observação

Dr. José Eduardo de Mello
Cir. Dentista
CRO 55092

Dr. José Eduardo de Mello
Cir. Dentista
CRO 55092

50-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável
21/10/20 [Assinatura]

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
21/10/20 [Assinatura]

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável
21/10/20 [Assinatura]

53-Data, local e Assinatura da Empresa
/ /