



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1º



420041

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/11/20	4-Data de Autorização 18/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8057858	7-Data Validade da Senha 14/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020252169450024901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CECRISA REVESTIMENTOS	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde
13-Nome INES LIMA DA SILVA	14-Telefone 28/06/1973 (11) 9580-4471	15-Nome do titular do plano INES LIMA DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a R/N 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-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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Resposta
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/12/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/12/20		
5	0085300047	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 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), 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, ficando eu obrigado a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 21/12/20	51-Data, local e Assinatura do Contratado Executante 21/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------