

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
00/11/07/20

4-Data de Autorização
09/10/07/20

5-Santa
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
76/4784

7-Data Validade da Santa
12/9/09/20

332321
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
000202506150600003901

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DSR SOLUCOES E INTELIGENCIA

11-Data Validade da Carteira
00/11/07/20

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome

ANDERSON SANTOS MENDES

15-Nome do titular do plano
ANDERSON SANTOS MENDES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
Nº 17-Nome do Profissional Solicitante
ISOS INSTITUTO DE SAUDE ORAL DO SIA

18-Número no CRO
11498

19-U.F.
DF

20-Código CBO S
01

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

84646977168

22-Nome do Contratado Executante
CASSIA DEL PILLAR QUEIROZ DE CAMPOS

23-Número no CRO
11498

24-U.F.
DF

25-Código CNES
(1) 85100200

26-Código CBO S
(1) 85100200

26-Nome do Profissional Executante
CASSIA DEL PILLAR QUEIROZ DE CAMPOS

27-Número no CRO
11498

28-U.F.
DF

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	8,80	0,00	0,00		02/11/20		
2-00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OD	1	8,80	0,00	0,00		03/11/20		
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Previsto Término do Tratamento

02/11/20

44-Tipo de Atendimento

1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento

1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US

176,00

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) 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

02/11/03/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

02/11/07/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

02/11/07/20

53-Data, local e Contato da Empresa

02/11/07/20

Dr. Carlos Roberto de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO-DF 11498