

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



448178
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 06/01/21	4-Data de Autorização 27/01/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8174177	7-Data Validade da Senha 06/04/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202524683100008602	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa FRISIA COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome ELIZA MIYUKI SAKAZIRI HIROOKA		14-Telefone 20/10/1956	15-Nome do titular do plano ROBERTO TSUTOMU HIROOKA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	18-Número no CRO 19231	19-UF PR	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 05895575994	22-Nome do Contratado Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO	23-Número no CRO 19231	24-UF PR	25-Código CNES	Enviar - RX (I) 85100200
26-Nome do Profissional Executante CICERO AYRES DE MELLO NETTO		27-Número no CRO 19231	28-UF PR	29-Código CBO S	(I) 85100200

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	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	D	1	61,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
2	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00		S	03/02/21		[Assinatura]
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	10/02/21		[Assinatura]
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	10/02/21		[Assinatura]
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	10/02/21		[Assinatura]
6	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VL	1	88,00	0,00		S	24/02/21		[Assinatura]
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 24/02/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Onodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 420,00	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/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 24/02/21 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/02/21 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/02/21 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/02/21 [Carimbo]
--	--	--	---

Cicero Ayres de Mello Netto
CIRURGIÃO DENTISTA
IMPLANTODONTISTA
CRO-PR 19231