

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



475147
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/10/2012	4-Data de Autorização 11/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8291993	7-Data Validade da Senha 11/10/2012
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601933201	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome TATIANA ANHOLETO		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano TATIANA ANHOLETO		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO	18-Número no CRO 45287	19-UF SP	20-Código CBO S 11	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749	22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI	23-Número no CRO 45287	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		27-Número no CRO 45287	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	3,40	0,00	0,00	S	11/10/2012		Elisete
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3,60	0,00	0,00	S	11/10/2012		Elisete
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3,60	0,00	0,00	S	11/10/2012		Elisete
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3,60	0,00	0,00	S	11/10/2012		Elisete
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3,60	0,00	0,00	S	11/10/2012		Elisete
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 11/10/2012	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), 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 11/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 11/10/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 11/10/2012
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



2-Nº

473190
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/02/21	4-Data de Autorização 11/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8287761	7-Data Validade da Senha 10/05/21
Dados do Beneficiário			8-Número da Carteira 00202534756300000102		
9-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA		11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome RAFAEL PEREIRA			14-Telefone () -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante CEMAO		15-Nome do titular do plano QUELI CRISTINA PEREIRA	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 73096334749		22-Nome do Contratado Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		18-Número no CRO 45287	19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante ELISETE MARIA ANTONIASSI		23-Número no CRO 45287		20-Código CBO S 11	24-UF SP
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados		27-Número no CRO 45287		25-Código CNES	28-UF SP
				29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

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			18/02/21		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			18/02/21		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			18/02/21		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAI		1	36,00	0,00			18/02/21		
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			18/02/21		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	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\$ 0,00
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 18/02/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/02/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 18/02/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/02/21
---	---	---	---

CEMAO
CRO/SP 5502