

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



440297
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/12/20	4-Data de Autorização 17/12/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8142694	7-Data Validade da Senha 14/03/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601854101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DORCAS DE CASSIA SILVA	25/10/1979	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DORCAS DE CASSIA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	18-Número no CRO 113873	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 23015041827	22-Nome do Contratado Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	23-Número no CRO 113873	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JESSICA MATHIAS DE SOUZA BERCE	27-Número no CRO 113873	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-	0085400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	45		1	154,00	0,00		S	19/12/20		
2-												
3-												
4-												
5-												
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 de US 154,00	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 19/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/12/20
---------------	---	---	---	---

Jéssica M. S. Berce

Cirurgiã-Dentista
CRC/SP 140.773