

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



321273
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/06/20	4-Data de Autorização 15/06/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7617867	7-Data Validade da Senha 03/09/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa COOP CRED INVEST LIVRE ADMI		11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202507517100026901		9-Plano POS REDE PRESTADORA		15-Nome do titular do plano RUBIA DE CASSIA CAMPOS LUCAS	
13-Nome RUBIA DE CASSIA CAMPOS LUCAS		14-Telefone () /		28-UF SP	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 117199		19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (1) 81000421-
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA	23-Número no CRO 117199		24-UF SP	25-Código CNES	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 36970885801		22-Nome do Contratado Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		26-Nome do Profissional Executante DANIELLE DE ALMEIDA SILVA		

Drª Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados										38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
30-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor							
1-0081000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					05/06/20		
2-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					24/06/20		
3-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00					24/06/20		
4-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIH		1	35,00	0,00					24/06/20		
5-0084000198		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00					24/06/20		
6-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00					22/06/20		
7-0085100196		RESTAURAÇÃO RESINA	26	P	1	61,00	0,00					22/06/20		
8-0081000421		RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00					/ /		
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 310,00	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 24/06/20 [Assinatura]	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 24/06/20 [Assinatura]	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 24/06/20 [Assinatura]	53-Data, local e Carimbo da Empresa 24/06/20
---------------	--	--	--	---

Drª Danielle de Almeida Silva
Cirurgiã Dentista
CROSP: 117.199