



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



516724
INTERCÂMBIO

17.01.2017 14:30:00 (01/01/2017)

1-Registro ANS 406414	2-Data de Emissão da Guia 01/01/2017 14:30:00	4-Data de Autorização 14/01/2017 14:30:00	5-Sentença CONCLUÍDO	6-Número da Guia Principal 8457065	7-Data Validação da Sentença 01/06/2017 14:30:00
--------------------------	--	--	-------------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00020202518650400007204	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOP DE CREDITO DE LIVRE	11-Data Validade da Carteira 01/01/01/01	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	---	---------------------------------------

13-Nome NILZA MIRANDA DA SILVA RIBEIRO	08/09/1956	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano MARIANA MIRANDA DA SILVA
---	------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Ancientamento a RM N	17-Nome do Profissional Solicitante CAMILA PEDROSO HUPPES	18-Número no CRO 130221	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -
----------------------------	--	----------------------------	-------------	--------------------------

21-Código na Operação / CNUJ / CPF 1458213124829	22-Nome do Contratado Executante CAMILA PEDROSO HUPPES	23-Número no CRO 130221	24-UF SP	25-Código CNE S
---	---	----------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante CAMILA PEDROSO HUPPES	27-Número no CRO 130221	28-UF SP	29-Código CBO S
---	----------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Processo	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchisa/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guia	42-Assinatura
1-0	0	81000030			1	34,00	0,00		S	01/06/21		<i>Mariana</i>
2-0	0	85100196			35	0,00	0,00		S	01/06/21		<i>Mariana</i>
3-0	0	85100196			34	0,00	0,00		S	01/06/21		<i>Mariana</i>
4-0	0											
5-0	0											
6-0	0											
7-0	0											
8-0	0											
9-0	0											
10-0	0											
11-0	0											
12-0	0											
13-0	0											
14-0	0											
15-0	0											

43-Data Prevista Término do Tratamento 01/01/2017	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico	45-Tipo de Faturamento 1-Total Parcial	46-Taxa Total R\$ 156,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Taxa Final R\$ 0,00
--	---	---	-----------------------------	----------------------------	---------------------------

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), 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 essa documentação, 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 01/01/2017	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 01/01/2017	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável 01/01/2017 Mariana	53-Data, local e Selo da Empresa 01/01/2017
---	---	---	--

Dra. Camila P. Huppel
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-SP 130.221