

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

249



389543

INTERCÂMBIO

1-Registro AHS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 05/10/20	4-Data de Autorização 08/10/20	5-Serha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7932235	7-Data Validade da Senha 03/01/21
--------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202510550600143901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone (11) 4153-6286	15-Nome do titular do plano JOSE ANTONIO DE ALMEIDA CARREIRA	

13-Nome JOSE ANTONIO DE ALMEIDA CARREIRA	17/02/1962
---	------------

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNEB	

21-Código na Operadora / OHP / CPF 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO S
---	---	---------------------------	-------------	-----------------

26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO

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 Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	08/10/20		
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61,00	0,00		S	11/10/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	11/10/20		
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	16/12/20		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	30/12/20		
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/12/20		
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/12/20		
8	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/12/20		
9	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/12/20		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento 30/12/2020	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Tota 2-Parcial	46-Total Quantidade US 422,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	--	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os custos, 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, do profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, e o(s) valor(s) do plano de saúde conforme planilha anexa.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante 30/12/2020	51-Data, local e Assinatura do Profissional Executante 30/12/2020	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/12/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	---	--	---	-------------------------------------