

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



382751

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 24/09/20	4-Data de Autorização 30/09/20	5-Serção AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7904120	7-Data Validade da Serção 23/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Dados do Beneficiário		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 00202531271500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIA DO SOCORRO OLIVEIRA MENDES	
13-Nome MARIA DO SOCORRO OLIVEIRA MENDES		21/06/1963		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento		18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNE S
21-Código na Operadora / CNPJ / CFE 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-Aux	40-Data de Realização	41-Moeda da Guia	42-Assinatura
1	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	30/09/20	US\$	
2	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	05/10/20	US\$	
3	00820000875	EXODONTIA SIMPLES DE	44		1	73,00	0,00		S	19/10/20	US\$	
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	21/10/20	US\$	
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	21/10/20	US\$	
6	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	21/10/20	US\$	
7	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	21/10/20	US\$	
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Realização 21/10/2020	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 324,00	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(ram) 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 Profissional Assistente 21/10/2020, C.R. Dentista, CRO 55092	51-Data, local e Assinatura do Contratado / Responsável 21/10/2020, Maria do Socorro Oliveira
---------------	--	--