

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



356536

INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/08/20	4-Data de Autorização 17/08/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7786271	7-Data Validade da Senha 11/11/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601743401	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JORGE EDUARDO DA SILVA	14-Telefone 14/11/1963	15-Nome do titular do plano JORGE EDUARDO DA SILVA		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S	Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO S		

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	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	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	17/08/2020		
2	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	19/08/2020		
3	00851000200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88,00	0,00		S	28/09/2020		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/10/2020		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/10/2020		
6	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/10/2020		
7	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	13/10/2020		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 13/10/20	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 327,00	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, assito 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, conforme previsto no contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Profissional Solicitante Dr. Dentista CRO 55092	51-Data, local e Assinatura do Contratado Responsável Dr. Jose Eduardo de Mello CRO 55092	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---------------	--	---	---	-------------------------------------