

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º Nº



440369

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 14/11/2020	4-Data de Anulação 17/11/2020	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8143119	7-Data Validade da Senha 14/03/21
--------------------------	---	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0020251055060008402	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome SONIA NOBUKO IDA	22/05/1947	14-Telefone () 3663.5331	15-Nome do titular do plano ALINE NORIKO LUNA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S	21-Código na Operadora / CNPJ / CPP 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNE6	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-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data do Realizatio	41-Moção da Glosa	42-Assinatura
1	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	258,00	0,00		S	21/12/20		
2	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	14/12/20		
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	0	1	61,00	0,00		S	15/01/21		
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão do Documento 15/01/21	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faltamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 353,00	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. Dedero, 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 decorrentes do contrato.

49-Observação Favor anexar rx inicial e final para pagamento	50-Data, local e assinatura do Beneficiário 15/01/2021	51-Data, local e assinatura do Contratado Executante 15/01/2021	52-Data, local e assinatura do Profissional Responsável 15/01/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	--	---	-------------------------------------