



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

820202
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/12/21	4-Data de Autorização 17/12/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9414078	7-Data Validade da Senha 17/03/22
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202518650900010101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa COOPERATIVA DE CREDITO DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIEGO ALVARO CHAVES	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano DIEGO ALVARO CHAVES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante KIZZEE NAYANKA ANTONIO ROSA	18-Número no CRO 96690	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 34582859895	22-Nome do Contratado Executante KIZZEE NAYANKA ANTONIO ROSA	23-Número no CRO 96690	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante KIZZEE NAYANKA ANTONIO ROSA	27-Número no CRO 96690	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 de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
2	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
3	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
4	0084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
5	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
6	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
7	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	D	1	61,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
8	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	31	I	1	61,00	0,00		S	20/DEZ/2021		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento 20/DEZ/2021	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 384,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
---	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

Declaro, que após ter sido devidamente informado 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 procedimento(s) descrito(s) acima, 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 autorizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Dra. Kizze Nayanka Cirurgião-Dentista CRO/SP 96690	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 20/DEZ/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/DEZ/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 20/DEZ/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	--	--	--	-------------------------------------