



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P

392794
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 01/08/2020	4-Data de Autorização 22/11/2020	6-Serbia AUTORIZADO	8-Número da Guia Principal 7945872	7-Data Validade da Serbia 06/11/2021							
Dados do Beneficiário												
9-Número da Carteira 0002025321372000001011	10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome ANDRE RODRIGUES DA SILVA		14-Telefone 25/02/1980	15-Nome do titular do plano ANDRE RODRIGUES DA SILVA									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES	18-Número no CRO 85431	19-UF SP	20-Código CBO S 025 -	Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 2584747407812	22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES	23-Número no CRO 85431	24-UF SP	25-Código CNES								
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO 85431	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 Closs	42-Assinatura
1	00085400190	FACETA EM CERÔMERO	11	1	1	847,00	0,00			03 NOV 2020		
2	00085400190	FACETA EM CERÔMERO	21	1	1	847,00	0,00			03 NOV 2020		
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de emissão da Guia 03 NOV 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 1694,00		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), foram realizados 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												
762,30												
50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03 NOV 2020		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03 NOV 2020		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável / /		53-Data, local e Círculo da Empresa / /						

concluída



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24º

392760
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/11/2019	4-Data de Autorização 10/11/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7945777	7-Data Validade da Senha 01/11/2021							
Dados do Beneficiário												
8-Número da Carteira 000202025105106017355011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira 11/11/21	12-Número do Cartão Nacional de Saúde								
13-Nome JACQUELINE SILVA DO NASCIMENTO		14-Telefone 10/11/1989	15-Nome da filial do plano JACQUELINE SILVA DO NASCIMENTO									
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento												
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ANGELA LIBERT ALVES	18-Número no CRO 85431	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa							
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 25847407882	22-Nome do Contratado Executante ANGELA LIBERT ALVES	23-Número no CRO 85431	24-UF SP	25-Código CNEB	Enviar - RX (R) 81000421-							
26-Nome do Profissional Executante ANGELA LIBERT ALVES		27-Número no CRO 85431	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 Clam	42-Assinatura
1	000851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00			03/NOV/2020		
2	000810004211	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00			03/NOV/2020		
3	000820008755	EXODONTIA SIMPLES DE	27		1	73,00	0,00			03/NOV/2020		
4	000853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			03/NOV/2020		
5	000853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			03/NOV/2020		
6	000853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			03/NOV/2020		
7	000853000477	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			03/NOV/2020		
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
43-Data de Atendimento 03/NOV/2020		44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 2912,00		47-Valor Total R\$ 10,00		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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Observação RX enviado via aplicativo												
50-Data, local e Assinatura do Médico 03/NOV/2020 Dra. Angela Libert Alves CROSP 85431		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 03/NOV/2020 Dra. Angela Libert Alves CROSP 85431		52-Data, local e Assinatura do Profissional Responsável 03/NOV/2020 [Assinatura]		53-Data, local e Carimbo da Empresa						