OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

354501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	11/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7776624	09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202504945000702	POS REDE PRESTADORA	INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Mãe do Beneficiário
JOAO FELIPE SANTOS ANDRADE 14/01/2002		GENIVALDO DA SILVA ANDRADE

CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
93891813253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 -
Faturar Empresa

GUIA 01/09/20

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	00	00	S	20/08/20		João
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	20/08/20		João
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	20/08/20		João
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	20/08/20		João
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	20/08/20		João
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61	00	00	S	20/08/20		João
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	20/08/20		João
8	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	20/08/20		João
9	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	20/08/20		João
10	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	20/08/20		João
11	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	20/08/20		João
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	440000	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 ressarcir os custos conforme previsto em contrato.

46-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/08/20		20/08/20	

João Felipe Santos Andrade