

Odontolife
transmitido para você

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



403544
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data da Emissão da Guia 12/3/11 09/12/01	4-Data de Autorização 12/3/11 09/12/01	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7990288	7-Data Validação de Saúde 12/1/10 11/12/11
8-Dados do Beneficiário 9-Número da Carteira 0002025272211000000801			10-Plano POS REDE PRESTADORA	11-4-empresa INDUSTRIA E COMERCIO DE	12-4-Validade da Carteira 11/11/11
13-Nome JUCILANIA DE JESUS SILVA			14-Telefone 14/05/1981	15-4-Nome do titular do plano JUCILANIA DE JESUS SILVA	16-4-Validade do Cartão Nacional de Saúde
17-16-Abastecimento a FOL N			17-17-Nome do Profissional Solicitante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	18-Número no CRO 28660	19-UF MG
21-Código na Operadora / CHIP / CPF 05734412600			22-Nome do Contratado Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA	23-Número no CRO 28660	24-UF MG
26-Nome do Profissional Executante JACQUELINE TAVARES LADEIA VIEIRA			27-Número no CRO 28660	28-UF MG	29-Código CBO S
					025 - Faturar Empresa

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 da Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			23/10/20		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			23/10/20		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			23/10/20		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			23/10/20		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			23/10/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 178,00	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), 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, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/10/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/10/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/10/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/10/20
---------------	---	---	---	---