OdontoLife
Inesquecível para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 418140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 12/11/20
4-Data de Autorização: 12/11/20
6-Senha: AUTORIZADO
5-Número da Guia Principal: 8049559
7-Data Validade da Senha: 10/02/21

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira: 0020523923700036016
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: G2C ADMINISTRADORA DE
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANDREA RODRIGUES MOURAO 16/05/1977
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ANDREA RODRIGUES MOURAO

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF
18-Número no CRO: 19521
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0073119474 8
22-Nome do Contratado Executante: BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF
23-Número no CRO: 19521
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: BRUNO DE MELO BARRETO KOENIGSDORF
27-Número no CRO: 19521
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

**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 | 00 | 81000065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 340 | 00 | 00 | S | 12/11/20 | | |
| 2 | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 12/11/20 | | |
| 3 | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 12/11/20 | | |
| 4 | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 12/11/20 | | |
| 5 | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 12/11/20 | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão Término do Tratamento:
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$: 00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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:
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/11/20
53-Data, local e Carimbo da Empresa:

CENTRO ESPEC. ODONT. FOR DENTI LTDA 1982