

OdontoLife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



290919
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 19/02/20	4-Data de Autorização 27/02/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7423283	7-Data Validade da Senha 19/05/20																																																																																																																																																																																																																
Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira: 00202526212300003802 9-Plano: POS REDE PRESTADORA 10-Empresa: MUNICÍPIO DE ITATIAIA 11-Data Validade da Carteira: ____/____/____ 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: _____																																																																																																																																																																																																																					
13-Nome: ALDAIR DA SILVA 14-Telefone: 06/04/1972 (____) _____-_____ 15-Nome do titular do plano: ANA MARIA DA SILVA																																																																																																																																																																																																																					
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento 16-Atendimento a RN: N 17-Nome do Profissional Solicitante: DANIELE SILVA DE CARVALHO 18-Número no CRO: 46464 19-UF: RJ 20-Código CBO S: 025 - 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 14651642780_____ 22-Nome do Contratado Executante: DANIELE SILVA DE CARVALHO 23-Número no CRO: 46464 24-UF: RJ 25-Código CNES: _____ 26-Nome do Profissional Executante: DANIELE SILVA DE CARVALHO 27-Número no CRO: 46464 28-UF: RJ 29-Código CBO S: _____																																																																																																																																																																																																																					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados <table border="1"> <thead> <tr> <th>30-Tabela</th> <th>31-Código do Procedimento</th> <th>32-Descrição</th> <th>33-Dente/Raio</th> <th>34-Face</th> <th>35-Qtd</th> <th>36-Quantidade US</th> <th>37-Valor</th> <th>38-Franquia/Co-participação R\$</th> <th>39-Aut</th> <th>40-Data de Realização</th> <th>41-Motivo da Glosa</th> <th>42-Assinatura</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>0081000065</td> <td>CONSULTA ODONTOLÓGICA</td> <td></td> <td></td> <td>1</td> <td>34,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>28/04/20</td> <td></td> <td>[Assinatura]</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASD</td> <td></td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>28/04/20</td> <td></td> <td>[Assinatura]</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HASE</td> <td></td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>28/04/20</td> <td></td> <td>[Assinatura]</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAIE</td> <td></td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>28/04/20</td> <td></td> <td>[Assinatura]</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>0085300047</td> <td>RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL</td> <td>HAID</td> <td></td> <td>1</td> <td>36,00</td> <td>0,00</td> <td></td> <td></td> <td>28/04/20</td> <td></td> <td>[Assinatura]</td> </tr> <tr><td>6</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>						30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]	2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]	3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]	4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]	5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]	6													7													8													9													10													11													12													13													14													15												
30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raio	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	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]																																																																																																																																																																																																									
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]																																																																																																																																																																																																									
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]																																																																																																																																																																																																									
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]																																																																																																																																																																																																									
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			28/04/20		[Assinatura]																																																																																																																																																																																																									
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\$: 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: ____/____/____		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 28/04/20 Daniele Silva de Carvalho, Cirurgião-Dentista, CRO RJ 46464		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/04/20, [Assinatura]																																																																																																																																																																																																																	
53-Data, local e Carimbo da Empresa: ____/____/____																																																																																																																																																																																																																					