dontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

444324
INTERCÂMBIO

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1-ANS: 4 | 3-Data de Emissão da Guia: 21/12/20 | 4-Data de Autorização: / / | 5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO | 6-Número da Guia Principal: 444324 | 7-Data Validade da Senha: 21/03/21 |

Beneficiário

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 8-Nº da Carteira: 2025105506017454011 | 9-Plano: POS REDE PRESTADORA | 10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA | 11-Data Validade da Carteira: / / | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde: |
| RA TEIXEIRA GONZALES 16/03/1955 | | 14-Telefone: ( ) - | 15-Nome do titular do plano: PALMIRA TEIXEIRA GONZALES | |

Contratado Responsável pelo Tratamento

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR | 18-Número no CRO: 26092 | 19-UF: SP | 20-Código CBO S: 025 - |
| 21-Nº da Operadora / CNPJ / CPF: 641059844 | 22-Nome do Contratado Executante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR | 23-Número no CRO: 26092 | 24-UF: SP | 25-Código CNES: |
| 26-Nome do Profissional Executante: ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR | | 27-Número no CRO: 26092 | 28-UF: SP | 29-Código CBO S: |

Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 81004049 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | N | 21/12/20 | | |
| 85100556 | CURATIVO DE DEMORA EM | 15 | | 1 | 8,00 | 0,00 | | N | 21/12/20 | | |

Previsão Término do Tratamento: 21/12/20

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: 42,00

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.

Observação

| | | | |
|---|---|---|---|
| 51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 21/12/20 | 52-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/12/20 | 53-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/12/20 | 53-Data, Local e Carimbo da Empresa: / / |