

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2- Nº



306458
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 1 5 / 0 4 / 2 0		5-Senha AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 50161204		7-Data Validade da Senha 1 4 / 0 7 / 2 0			
Dados do Beneficiário											
8-Número da Carteira 0 0 3 7 0 0 0 0 0 0 5 0 6 7 8 0		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa SIND EST DOS PROF DE EDUC DO		11-Data Validade da Carteira		12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705003872450455			
13-Nome GIOVANNA CELESTE BASTOS PEREIR											
14-Telefone											
15-Nome do titular do plano LOURDES MIGUEL BASTOS											
16-Atendimento a RN N											
17-Nome do Profissional Solicitante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA											
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1 6 7 2 6 2 4 7 7 5 3											
22-Nome do Contratado Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA											
26-Nome do Profissional Executante LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA											
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 RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa 42-Assinatura
1- 0 0 0 8 1 0 0 0 0 6 5		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0,00			15/04/20	
2- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0,00			15/04/20	
3- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0,00			15/04/20	
4- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0,00			15/04/20	
5- 0 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0,00			15/04/20	
6-											
7-											
8-											
9-											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
43-Data Prescrição, Término do Tratamento 15/04/20		44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1- Total 2- Parcial		46-Total Quantidade US 1 1 7 4 0 0		47-Valor Total R\$		48-Total Franquia / Co-participação RS	

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), 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 Soliciante
15/04/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
15/04/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
15/04/20

53-Data, local e Assinatura da Empresa
15/04/20

CLÍNICA
ODONTOLIFE LTDA