OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353311
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	26/08/20	AUTORIZADO	7771268	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202525928000000901	POS REDE PRESTADORA	S S BELO DA SILVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
GABRIELA SANTOS SENA 01/06/2001	( ) -	GABRIELA SANTOS SENA

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
93894813253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa

GUIA ENVIADA 01/10/20

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 de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3400	000		S	26/08/20		gabriela
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3500	000		S	26/08/20		gabriela
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3500	000		S	26/08/20		gabriela
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3500	000		S	26/08/20		gabriela
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3500	000		S	26/08/20		gabriela
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	6100	000		S	26/08/20		gabriela
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6100	000		S	26/08/20		gabriela
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	6100	000		S	26/08/20		gabriela
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6100	000		S	26/08/20		gabriela
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	418,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/08/20		26/08/20	

Gabriela Santos Sena