

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



408388

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 29/10/20	4-Data de Autorização 29/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50202648	7-Data Validade da Senha 27/01/21	408388 INTERCÂMBIO	
Dados do Beneficiário							
8-Número da Carteira 00370000032871220			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa KARIME KHAWAJA DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 708905706654613	
13-Nome MARCELOS LESSA DE RESENDE			14-Telefone 05/10/1968	15-Nome do titular do plano KARIME KHAWAJA DE RESENDE			
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento							
16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante ELIANE LOPES GUIMARAES			18-Número no CRO 16546	19-UF RJ	20-Código CBO S	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791		22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES				27-Número no CRO 16546	28-UF RJ	29-Código CBO S	
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
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00
2-							
3-							
4-							
5-							
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 34,00	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 29/10/20 Eliane Lopes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/10/20 Eliane Lopes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/10/20 Marcelo Lessa		53-Data, local e Carimbo da Empresa	