



PF

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tratamento Clínico

2 - Nº Guia no Prestador 30643076

Com la 0.

1 - Registro ANS	3 - Número da Guia Principal	4 - Data de Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora
		24/08/2020	30643076	22/11/2020	

Dados do Beneficiário

8 - Número da Carteira	9 - Plano	10 - Empresa	11 - Validade da Carteira	12 - Cartão Nacional de Saúde
90000001618014009	ESSENCIAL PLUS EMPRESARIAL - RB	155066		
13 - Nome	14 - Telefone	15 - Nome do titular do plano	16 - Atendimento a RN	
DYEGO MONTEIRO LILI		DYEGO MONTEIRO LILI	N	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17 - Nome do Profissional Solicitante	18 - Número no CRO	19 - UF	20 - Código CBO
21 - Código na Operadora	22 - Nome do Contratado Executante	23 - Número no CRO	24 - UF
100712088	ELAINE DE SOUSA SILVA SA	38985	RJ
25 - Nome do Profissional Executante	26 - Número no CRO	27 - UF	28 - Código CBO
ELAINE DE SOUSA SILVA SA	38985	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Tabela	31 - Código do Procedimento	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Qtd	36 - Qtd US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)	39 - Aut	40 - Cód. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
1 - 17	81000055	CONSULTA ODONTOLÓGICA INICIAL	ASAI		01		9.54		S		24/08/2020	
2 - 17	84000198	PROFILAXIA; POLIMENTO CORONARIO	ASAI		01		10.07		S		24/08/2020	
3 - 17	84000199	ATIVIDADE EDUCATIVA EM SAUDE BUCAL	ASAI		01		4.77		S		24/08/2020	
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10 -												
11 -												
12 -												
13 -												
14 -												
15 -												
16 -												
17 -												
18 -												
19 -												
20 -												

43 - Data de Término do Tratamento	44 - Tipo de Atendimento	45 - Tipo de Faturamento	46 - Total Quantidade US	47 - Valor Total (R\$)	48 - Valor Total Franquia (R\$)
24/08/2020	1			24.38	

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(ram) 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 - Observações/Justificativas

50 - Data de Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	52 - Data de Assinatura do Cirurgião-Dentista	53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista
24/08/2020	Elaine de S. S. S.	24/08/2020	Elaine de S. S. S.
54 - Data de Assinatura do Beneficiário ou Responsável	55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	56 - Data do carimbo da empresa	
24/08/2020	Dyego Fontana Spili	24/08/2020	

Camila OK