Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 334544

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	06/07/20	11/07/20	AUTORIZADO	7684034	04/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025192720014932	POS REDE PRESTADORA	PHILCO ELETRONICOS SA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUENNY VENANCIO DE SOUZA 04/10/1992	( ) 8166-5574	GABRIEL GUIMARAES LOPES

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	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

025 Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
30941527	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	11/07/20		Luenny
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00	00	S	13/07/20		Luenny
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	13/07/20		Luenny
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	00	00	S	13/07/20		Luenny
5-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	00	S	13/07/20		Luenny
6-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	00	S	13/07/20		Luenny
7-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	00	S	13/07/20		Luenny
8-	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	00	S	13/07/20		Luenny
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão 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	361	00	

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

Drª. Ana Amelia F. Pinheiro
Clínica Geral/Ortodontista
CRO-AM 5480

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/07/20 Drª. Ana Amelia F. Pinheiro Clínica Geral/Ortodontista CRO-AM 5480	13/07/20 Drª. Ana Amelia F. Pinheiro Clínica Geral/Ortodontista CRO-AM 5480	11/07/2020 Luenny Venâncio de Souza.	13/07/20 Ana Amelia Ferreira Pinheiro Ana Amelia F. Pinheiro Administradora CRO-AM 163