

PF GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Tratamento Clínico

2 - Nº Guia no Presador 30657975



1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		4 - Data de Autenticação		6 - Sanha		8 - Data de Validade da Sanha		7 - Número da Guia Autoclavada para Operadora	
		30643076		31/08/2020		30657975		29/11/2020			
5 - Dados do Beneficiário		6 - Plano		14 - Telefone		10 - Empresa		15 - Nome do titular do plano		11 - Validade da Carteira	
8 - Número da Carteira		90000001618014008		ESSENCIAL PLUS EMPRESARIAL - RB		165066		DIEGO MONTEIRO LILI		12 - Cartão Nacional de Saúde	
13 - Nome		DIEGO MONTEIRO LILI		14 - Telefone						16 - Atendimento a RN	
17 - Nome do Profissional Solicitante											
21 - Código na Operadora		100712088		22 - Nome do Contratado Especialista		ELAINE DE SOUSA SILVA SA		18 - Número no CRO		19 - UF	
26 - Nome do Profissional Especialista		ELAINE DE SOUSA SILVA SA		23 - Número no CRO		38985		24 - UF		25 - Código CNEB	
ELAINE DE SOUSA SILVA SA				27 - Número no CRO		38985		28 - UF		28 - Código CBO	
27 - UF		RJ		29 - Código CBO							

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados / Procedimentos Executados

30 - Tabela 31 - Código do Procedimento 32 - Descrição

1 - 17 81000421	32 - Descrição	33 - Dente/Região	34 - Face	35 - Classe	36 - Classe US	37 - Valor R\$	38 - Franquia (R\$)	39 - Aut	40 - Cód. Negativa	41 - Data de Realização	42 - Assinatura
		RHSE		01							
1											
2											
3											
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\$)
31/10/2020	1			4.77	

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, solicito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e a pagar 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 assistente os custos documentados, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

50 - Observações/Justificativas

51 - Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

52 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

53 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

54 - Data da assinatura do Beneficiário ou Responsável

55 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável

56 - Data do cancelamento da empresa

57 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

58 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

59 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

60 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

61 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

62 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

63 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

64 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

65 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

66 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

67 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

68 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

69 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

70 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

71 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

72 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

73 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

74 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

75 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

76 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

77 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

78 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

79 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

80 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

81 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

82 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

83 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

84 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

85 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

86 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

87 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

88 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

89 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

90 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

91 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

92 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

93 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

94 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

95 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

96 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

97 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

98 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista

99 - Assinatura do Cirurgião-Dentista

100 - Data da assinatura do Cirurgião-Dentista