

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



313701

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/05/2019	4-Data de Autorização 19/05/2019	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7566336	7-Data Validade da Senha 13/08/2019
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550601737701	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	--	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ARIANA DE SOUZA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ARIANA DE SOUZA
----------------------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS	18-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS	27-Número no CRO 84656	28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa

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.	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	19/05/2019		
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 19/05/2019 <i>Quiane Luz</i>	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/05/2019 <i>Diamara Rios Santos</i>	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/05/2019 <i>Ariana de Souza</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa 19/05/2019 <i>Dra Diamara Rios Santos</i> CROSP: 84656
---	--	--	--