

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412132

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 05/11/20	4-Data de Autorização 05/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203944	7-Data Validade da Senha 03/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000032871220		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		
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES			23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES
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
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36,00
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36,00
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36,00
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
37-Valor		38-Franquia/Co-participação R\$		39-Aut	40-Data de Realização
0,00		0,00		S	19/11/20
41-Motivo da Glosa		42-Assinatura			
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 108,00		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 19/11/20 Eliane Lopes		51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 19/11/20 Eliane Lopes		52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 19/11/20	
53-Data, local e Carimbo da Empresa / /					