OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

363528
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 25/08/20	3-Data de Autorização: 27/08/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7819578
7-Data Validade da Senha: 23/11/20				

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205265264400000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: UCRI UNIVERSIDADE DA CRIANCA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KELLY DANTAS DE VASCNCENCELOS 04/06/1975		14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: KELLY DANTAS DE VASCNCENCELOS	

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO: 563	19-UF: AP	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 93894813253	22-Nome do Contratado Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO: 563	24-UF: AP	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO: 563	28-UF: AP	29-Código CRO S:

025 - Faturar Empresa

GUIA 7819578 01/10/20

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Item	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U/S	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00810300	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000	000	S	27/08/20		Kelly
2	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	000	000	S	27/08/20		Kelly
3	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	000	000	S	27/08/20		Kelly
4	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	000	000	S	27/08/20		Kelly
5	00840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	000	000	S	27/08/20		Kelly
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade U/S: 1740	47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 os procedimentos descritos acima (e/ou por mim assinados), foram realizados(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a pagamento de custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/08/20	51-Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista: / /	52-Data Inicial e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/08/20	53-Data Inicial e Carimbo da Empresa: / /

Kelly Dantas de Vasconcellos