OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 452921 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	13/01/21	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	452921	13/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205289291000186011	POS REDE PRESTADORA	POSITIVO TECNOLOGIA S A	/ /	898004825747452

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANDIRA VILHENA DOS SANTOS 19/09/1975	( ) -	JANDIRA VILHENA DOS SANTOS

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	JONES CARIM TUMA FILHO	2748	AM	414 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
52096092272	JONES CARIM TUMA FILHO	2748	AM	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JONES CARIM TUMA FILHO Ianka Queiroz	2748 7004	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	81002049	CONSULTA ODONTOLOGICA	16		1	34,00	0,00	0,00	N	13/01/21		Jandira
2	00	85200034	TRATAMENTO EM	16		1	8,00	0,00	0,00	N	13/01/21		Jandira
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
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$
13/01/21	4 (1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência)	1 (1-Total 2-Parcial)	42,00	0,00	

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: Paciente compareceu a clínica com alta espontânea no elemento 16. Após exames clínicos e radiográficos, verificou-se lesão com comprometimento pulpar. Diante do caso de pulpite irreversível, foi realizado abertura coronária, pulpectomia, medicação intracanal, restauração temporária, prescrição medicamentosa e encaminhamento para tratamento endodôntico.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/01/21 Dra. Ianka Queiroz Lima Cirurgiã Dentista Inscrição: AM-CD-7004	13/01/21 Dra. Ianka Queiroz Lima Cirurgiã Dentista Inscrição: AM-CD-7004	13/01/21 Jandira Vilhena dos Santos	/ /

Digitalizado com CamScanner