

62 + 35

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24h



M.C

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/01/2015	4-Data de Autorização 11/11/11	5-Série AGUARDANDO TOKEN DO	6-Número da Guia Principal 8610890	7-Data Validade da Guia 18/01/2015	558109 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

8-Número da Carteira 0020250984340004502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CONSEG ADMINISTRADORA DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome LUCIA DE FATIMA RODRIGUES FERREIRA	10/10/1960	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano EVAIR ROSA ELIAS
---	------------	------------------------------	---

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL	18-Número no CRO 9234	19-UF GO	20-Código CBO S 04	025 -
--------------------------	--	--------------------------	-------------	-----------------------	-------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00705676110	22-Nome do Contratado Executante MARCIA LUZ MARQUES	23-Número no CRO 9234	24-UF GO	25-Código CNEB
--	--	--------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARCIA LUZ MARQUES	27-Número no CRO 9234	28-UF GO	29-Código CBO S
--	--------------------------	-------------	-----------------

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 Causa	42-Atendimento
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	36	10,00	0,00	0,00	23/05/2015	11/05/2015	2025	2025
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	36	10,00	0,00	0,00	23/05/2015	11/05/2015	2025	2025
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	36	10,00	0,00	0,00	23/05/2015	11/05/2015	2025	2025
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	36	10,00	0,00	0,00	23/05/2015	11/05/2015	2025	2025
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11	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 0,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 23/05/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/05/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/05/2021	53-Data, local e Carimbo da Empresa 23/05/2021
---	---	---	---