

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



412145

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 50203948		7-Data Validade da Senha 03/02/21		412145 INTERCÂMBIO	
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		Faturar Empresa	
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 84357452791		22-Nome do Contratado Executante ELIANE LOPES GUIMARAES				23-Número no CRO 16546		24-UF RJ		25-Código CNES		Enviar - RX (1) 85300039-014	
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES						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	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura	
1	0085300039	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	19/11/20			
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 44,00		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				51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista				52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável				53-Data, local e Carimbo da Empresa	