

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



411223

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/11/20	4-Data de Autorização 04/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50203660	7-Data Validade da Senha 02/02/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 0037000028462451	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ALIANCA ADMINISTRADORA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 706808721443021	
13-Nome JANAINA APARECIDA DOS SANTOS		14-Telefone 17/08/1962	15-Nome do titular do plano JANAINA APARECIDA DOS SANTOS		

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	23-Número no CRO 16546	24-UF RJ	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante ELIANE LOPES GUIMARAES		27-Número no CRO 16546	28-UF RJ	29-Código CBO S

Faturar Empresa

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	27/11/20		
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 144,00	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 27/11/20 Chamylaprima	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/11/20 Chamylaprima	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/11/20 Janaina A. Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
--	--	---	--