OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

335288
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	07/07/20	08/07/20	AUTORIZADO	7687402	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203053042980000061	POS REDE PRESTADORA	INST DE APOIO TEC SOCIAL AOS		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DELSON PANTOJA FURTADO 20/07/1972	( )	DELSON PANTOJA FURTADO

GUIA CONCLUIDA

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	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9389413253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(5) 82001294-48

GUIA 01/10/20

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00810000 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000		S	08/07/20		
2-	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	000		S	08/07/20		
3-	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	000		S	08/07/20		
4-	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	000		S	08/07/20		
5-	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	000		S	08/07/20		
6-	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	14	P	1	610	000		S	08/07/20		
7-	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	610	000		S	08/07/20		
8-	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	610	000		S	08/07/20		
9-	00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730	000		S	08/07/20		
10-	00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	730	000		S	08/07/20		
11-	00821029 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186	000		S	08/07/20		
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6890	000	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/07/20		08/07/20	

Delson Pantoja Furtado