Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 641745
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
5414	30/07/21	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	641745	28/10/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202510550601615801	POS REDE PRESTADORA	INSTITUTO DE ASSISTENCIA	/ /	

Nome	14-Telefone	16-Nome do titular do plano
RIA DO CARMO FREITAS GODOI 31/12/1969	(16) 3337-1488	MARIA DO CARMO FREITAS GODOI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Endereço a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
36410598444	ERNESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NESTO GOMES ESTEVES JUNIOR	26092	SP	

Guia de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	30/07/21		
00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	11		1	8,00	0,00		N	30/07/21		

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$
30/08/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	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.

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
30/07/21	30/07/21	30/07/21	/ /