OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

355175

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 11/08/20
4-Data de Autorização: 11/08/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50183252
7-Data Validade da Senha: 09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0037000024651217
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: CHEEEEESE DESIGN E
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 704004380027169
13-Nome: BERNARDO WILTGEN GUEDES PEREIR
11/07/2012
14-Telefone:
15-Nome do Profissional Solicitante: JULIO CESAR GUEDES PINHEIRO PE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ANDREA BATISTA FERES
18-Número no CRO: 22644
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 01705438027
22-Nome do Contratado Executante: ANDREA BATISTA FERES
23-Número no CRO: 22644
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ANDREA BATISTA FERES
27-Número no CRC: 22644
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-Qtd/Dia	37-Valor	38-Fator pela Classificação	39-A.J.	40-Data de Realização	41-Nome da Face	42-Visto
1-	00810100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	1	47,00	0,000	S	11/08/20		
2-	00810100014	CONDICIONAMENTO EM			1	1	62,00	0,000	S	11/08/20		
3-	00840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	1	12,00	0,000	S	11/08/20		
4-	00840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	1	12,00	0,000	S	11/08/20		
5-	00840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	1	12,00	0,000	S	11/08/20		
6-	00840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	1	12,00	0,000	S	11/08/20		
7-	00840100090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	1	51,00	0,000	S	11/08/20		
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 11/08/20
44-Tipo de Atendimento: 1 - 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1 - 1-Total 2-Parcial
46-Total Guias: 2
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia Coparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.
contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a 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 mim conta, ao profissional contratado que assina este documento.

49-Observação: GTO assinada pela mãe Marjielly Willgen.

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 11/08/20 Andrea Batista Feres Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 22644-4
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 11/08/20 Andrea Batista Feres Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 22644-4
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 11/08/20
53-Data, local e carimbo do Emissor: