

life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



317412

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 27/05/20	4-Data de Autorização 29/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7597824	7-Data Validade da Senha 25/08/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600866301	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome LILIAN MARIA VIEIRA DE LIMA		14-Telefone (11) 4723-9924	15-Data de Nascimento 09/02/1962	
16-Nome do titular do plano LILIAN MARIA VIEIRA DE LIMA				

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

18-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante DJAMARA RIOS SANTOS	16-Número no CRO 84656	19-UF SP	20-Código CBO 6
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04632748650	22-Nome do Contratado Executante DJAMARA RIOS SANTOS	23-Número no CRO 84656	24-UF SP	25-Código CNEB
26-Nome do Profissional Executante DJAMARA RIOS SANTOS		27-Número no CRO 84656	28-UF SP	29-Código CBO 6

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			29/05/20		Lilian
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 34,00	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 28/05/20 Djamara Rios Santos	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 29/05/20 Djamara Rios Santos	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 29/05/20 Lilian	53-Data, local e Carimbo da Empresa 29/05/20
---	---	--	---

CROSP-84656