OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 373520
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	10/09/20	12/09/20	AUTORIZADO	7862510	09/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025116316000123 01	POS REDE PRESTADORA	BRITANIA COMPONENTES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO JOSE PINTO MATIAS 13/10/1962	(92) 9164-9293	ANTONIO JOSE PINTO MATIAS

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	CLINICA ORAL D - MATRIZ	4114	AM	04

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5944103825 3	KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	4114	AM	

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	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/09/2020		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	V	1	61,00	0,00		S	12/09/2020		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61,00	0,00		S	12/09/2020		
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61,00	0,00		S	12/09/2020		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	14/09/2020		
6	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	14/09/2020		
7	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	14/09/2020		
8	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	14/09/2020		
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	361,00	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.

49-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
14/09/2020 Dra. Kely Mourão Aguiar Cirurgiã Dentista CRO-AM 4114	14/09/2020 Dra. Kely Mourão Aguiar Cirurgiã Dentista CRO-AM 4114	14/09/2020	/ /