

Odontolife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



2401854
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 28/07/2015	4-Data de Autorização 31/07/2015	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14169396	7-Data Validade da Sentença 26/09/2015
8-Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa 50068213 NEUZA APARECIDA DA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome DIOGO BATSCHAUER		14-Data de Nascimento 26/07/1993	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano NEUZA APARECIDA DA SILVA	
16-Atendimento a RSI N		17-Nome do Profissional Solicitante JONATHAN HAISI MANDALHO	18-Número no CRO 7790	19-UF SC	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 30819701000118		22-Nome do Contratado Executante ORTOKIST CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	23-Número no CRO 7790	24-UF SC	25-Código CNES 9727272
26-Nome do Profissional Executante JONATHAN HAISI MANDALHO		27-Número no CRO 7790	28-UF SC	29-Código CBO S	

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	0082000212	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	22		1	181,00	0,00			31/07/2015		e Diogo
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista 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 181,00	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 / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 31/07/2015	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 31/07/2015	53-Data, local e Carimbo da Empresa 31/07/2015
--	---	---	---

Dr. Jonathan Mandalho
Periodontista
CRO/SC 7790

Ortokist Clínica
Odontológica Eireli
CNPJ 30.819.701/0001-18
Telefone: (47) 3372-3755