OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

2090572
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 01/11/24
4-Data de Autorização: 06/11/24
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 13164522
7-Data Validade da Senha: 30/01/25

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 0 5 4 0 8 5 6 0 0 0 2 3 4 0 1 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: MOUNT HERMON
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ALINE APARECIDA CASSIANO 07/04/1992
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ALINE APARECIDA CASSIANO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA
18-Número no CRO: 47046
19-UF: SP
20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 4 8 5 0 3 1 4 2 0 0 0 1 0 6
22-Nome do Contratado Executante: CENTRO ODONTOLOGICO ARAES LTDA
23-Número no CRO: 47046
24-UF: SF
25-Código CNES: 4065123
26-Nome do Profissional Executante: CARLA CRISTINA CAROTTA CHECCHIA
27-Número no CRO: 47046
28-UF: SP
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-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00	85401076	COROA PROVISÓRIA COM PINO	46		1	154,00		0,00	S	01/11/24		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 01/11/24
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: 154,00
47-Valor Total R$:
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 este 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: 01/11/24 Marcelo Checchia CRO 37804 Cirurgião Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 01/11/24 Marcelo Checchia CRO 37804 Cirurgião Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 01/11/24

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 01/11/24 Centro Odontológico Araés CNPJ: 48.503.142/0001-06