

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



306758

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 16/04/20	4-Data de Autorização 23/04/20	5-Senha AUTORIZADO 036319	6-Número da Guia Principal 7514856	7-Data Validade da Senha 15/07/20
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202510550600751004	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome MARIA JOSE ESTEVAM	14-Telefone 21/04/1952	15-Nome do titular do plano ADRIANA APARECIDA ESTEVAM		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI	18-Número no CRO 40717	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 10298778823	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI	23-Número no CRO 40717	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante CARLOS EDUARDO ANDREOTTI	27-Número no CRO 40717	28-UF SP	29-Código CBO S	

Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-34

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-	0085200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	34		1	258,00	0,00		S	05/05/20		amyle
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

Dr. Carlos Eduardo Andreotti
CROSP - 40.717
Cirurgião DentistaDr. Carlos Eduardo Andreotti
CROSP - 40.717
Cirurgião Dentista

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 258,00	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 Favor anexar rx inicial e final para pagamento	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 05/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa
---	---	---	---	-------------------------------------