

plano cancelado

abrir protocolo

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A*



552984
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2015	4-Data de Autorização 24/10/2015	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8592534	7-Data Validade da Série 15/10/2015																																														
Dados do Beneficiário																																																			
8-Número da Carteira 0002025378340000000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde																																															
13-Nome JOSE ADRIANO APOLINARIO DOS SANTOS		14-Telefone (11) 1111-1111	15-Nome do titular do plano JOSE ADRIANO APOLINARIO DOS SANTOS																																																
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento																																																			
16-Anciamento a RIN N	17-Nome do Profissional Solicitante JESSICA CAPELO FRANCO	18-Número no CRO 113220	19-UF SP	20-Código CBO B	025 - Faturar Empresa																																														
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 41544812825	22-Nome do Contratado Executante JESSICA CAPELO FRANCO	23-Número no CRO 113220	24-UF SP	25-Código CNEB																																															
26-Nome do Profissional Executante JESSICA CAPELO FRANCO	27-Número no CRO 113220	28-UF SP	29-Código CBO B																																																
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-Aux	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura																																							
1-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
2-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
3-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	V	1	61,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
4-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
5-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
6-000	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
7-000	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00			18/10/2015		Adriano																																							
8-000																																																			
9-000																																																			
10-000																																																			
11-000																																																			
12-000																																																			
13-000																																																			
14-000																																																			
15-000																																																			
43-Data Previsto Término do Tratamento 11/11/11		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 439,00		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(ram) 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 10/11/2015 JESSICA CAPELO FRANCO CRO 97749													51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/11/2015 JESSICA CAPELO FRANCO CRO 97749													52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/11/2015 JOSE ADRIANO													53-Data, local e Cópia do Contrato de Empresa 10/11/2015 VITA CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA CNPJ 40.800.298/0001-54												

protocolo aberto em 16/07/2015

CRO 97749