

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377465
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão de Guia 11/21/09/210	4-Data de Autorização 11/21/09/210	5-Senha AUTORIZADO	6-Número de Guia Principal 7880787	7-Data Validade da Senha 11/21/12/210
8-Plano POS REDE PRESTADORA			10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade de Carteira / /
9-Plano POS REDE PRESTADORA			14-Telefone () - - - - -		12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome JAIME LOZA			15-Nome do titular do plano CRISTIANE FEITOSA DE SANT ANNA		
16-Assinamento e RN N			17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO		18-Número no CRO 123201
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 355265748731			22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO		19-UF SP
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO			27-Número no CRO 123201		20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
			24-UF SP		25-Código CNES
			28-UF SP		29-Código CBO S

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Raiz	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
1-001810000651		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00					
2-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00					
3-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00					
4-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00					
5-0018153000471		RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00					
6-0018153000471												
7-0018153000471												
8-0018153000471												
9-0018153000471												
10-0018153000471												
11-0018153000471												
12-0018153000471												
13-0018153000471												
14-0018153000471												
15-0018153000471												

43-Data Previsto Término do Tratamento 30/09/20	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 117,80	47-Valor Total R\$ 10,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 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(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 30/09/20, Dr. Mariana Giordano Panico, Cirurgião Dentista, CRO-SP 123201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Contratado 30/09/20, Dr. Mariana Giordano Panico, Cirurgião Dentista, CRO-SP 123201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 30/09/20, Jaime Loza	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	--	---	--