



templeador para odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24x



463959
INTERCÂMBIO

1º Registro ANS 406414	3º Data de Emissão da Guia 12/7/01/21	* Data de Autenticação 01/8/02/21	5ª Série AUTORIZADO	6º Número da Guia Principal 8242707	7ª Data Validade da Guia 12/7/04/21
8º Nome da Clínica LUCIANO MARCON AZEVEDO					
9º Plano POS REDE PRESTADORA					
10º Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA					
11ª Data Validade da Carteira LUCIANO MARCON AZEVEDO					
12ª Número do Cartão Nacional de Saúde					
13ª Nome LUCIANO MARCON AZEVEDO					
14ª Telefone () - - - - -					
15ª Nome do titular do plano					
16ª Atendimento a RN N					
17ª Nome do Profissional Solicitante LARA SILVA MILANEZ					
18ª Número no CRO 137478					
19ª UF SP					
20ª Código CBO S 025 -					
21ª Código na Operadora / CNPJ / CPF 1391618161181501					
22ª Nome do Contratado Excorrente LARA SILVA MILANEZ					
23ª Número no CRO 137478					
24ª UF SP					
25ª Código CIES					
26ª Nome do Profissional Excorrente LARA SILVA MILANEZ					
27ª Número no CRO 137478					
28ª UF SP					
29ª Código CBO S					
Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados					
30ª Tabela	31ª Código do Procedimento	32ª Descrição	33ª Data/Região	34ª Faixa	35ª Out
1	001810010065	CONSULTA ODONTOLÓGICA	11	11	341001
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
36ª Quantidade US					
37ª Valor					
38ª Franquia Co-participação R\$					
39ª Aut					
40ª Data de Realização					
41ª Valor da Guia					
42ª Valor Total R\$					
43ª Valor Total R\$					
44ª Tipo de Atendimento					
45ª Tipo de Tratamento					
46ª Total Quantidade US					
47ª Valor Total R\$					
48ª Total Franquia / Co-participação R\$					
49ª Observação					

Declaramos que acima ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizado a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaramos 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.

50ª Data local e Assinatura do Contratado Dentista Solicitante
08/02/21
Dra. Lara Silva Milanez

51ª Data local e Assinatura do Contratado Dentista
08/02/21
Dra. Lara Silva Milanez

52ª Data local e Assinatura do Beneficiário / Representante
08/02/21
Luciano Marcon Azevedo

53ª Data, local e Cópia da Empresa