

Odontolife

Barra Pretinha para Vídeo Audit

Famille

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AN



1-Registro ANS
406414

3-Data de Emissão da Guia
07/04/22

4-Data de Autorização
07/04/22

5-Série
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
9772968

7-Data Validade da Série
06/07/22

937554
INTERCAMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
00202510550600741101

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

13-Nome
CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

17/01/1982

10-Empresa
INSTITUTO DE ASSISTENCIA

14-Telefone
() -

11-Data Validade da Carteira
/ /

15-Nome do titular do plano
CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
N

17-Nome do Profissional Solicitante
IRAMARA FELIX PIRES

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
24719336884

22-Nome do Contratado Executante
IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO
72296

19-UF
SP

23-Número no CRO
72296

24-UF
SP

20-Código CBO S

25-Código CNEC

025 -

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante
IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO
72296

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-Medico da Cirurgia	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	V	1	61,00	0,00	513,04	23			
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Realização do Tratamento
13/04/22

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
61,00

47-Valor Total R\$
0,00

48-Total Franquia / Co-participação R\$
0,00

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos no contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foram realizados com meus recursos pessoais e os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dra. Iramara Felix Pires
Cirurgia Dentista
CRD-SP 72296

Dra. Cristiane Santos Queiroz
Cirurgia Dentista
CRD-SP 72296

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante
13/04/22

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
13/04/22

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
13/04/22

53-Data, local e Cartão da Empresa
/ /