OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 360663

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 20/08/20
4-Data de Autorização: 24/08/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7804540
7-Data Validade da Senha: 18/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025060657004912001
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: CARMEN LUCIA SILVA DUTRA 28/08/1969
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CARMEN LUCIA SILVA DUTRA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
18-Número no CRO: 112913
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 08152999660
22-Nome do Contratado Executante: SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
23-Número no CRO: 112913
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: SUELLEN MEZZETTE DE OLIVEIRA
27-Número no CRO: 112913
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

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 -		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00	0,00	S	25/08/20		
2 -		00851001961	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00	0,00	S	25/08/20		
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

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: 122,00

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:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/08/20 Dra. Suellen Mezzette de Oliveira Cirurgiã - Dentista CROSP 112913

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/08/20 Dra. Suellen Mezzette de Oliveira Cirurgiã - Dentista CROSP 112913

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/08/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__