OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

323442

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 12/06/20
4-Data de Autorização: 12/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7629322
7-Data Validade da Senha: 10/09/20

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 002025060655001021850 1
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: CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA 25/11/1986
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CARLOS ANTONIO ROCHA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ODONTODOC
18-Número no CRO: 18381
19-UF: MG
20-Código CBO S: 09
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 80071929649
22-Nome do Contratado Executante: ANDERSON LARA E SILVA
23-Número no CRO: 18381
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ANDERSON LARA E SILVA
27-Número no CRO: 18381
28-UF: MG
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

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 -	00	81004015	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	12/06/20		Carlos Antonio
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 12/06/20
44-Tipo de Atendimento: X 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: X 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 78,00
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: 12/06/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/06/20 Anderson Lara e Silva CRO 18.381

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/06/20 Carlos Antonio

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 12/06/20

06.316.719/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA LTDA.
Av. Alípio de Melo, 1284 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS