

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/09/2012	4-Data de Autorização 12/09/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7857053	7-Data Validade da Senha 08/12/2012	372312 INTERCÂMBIO
--------------------------	---	-------------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--	-----------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 01020250778790010011	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa VENCYS DO BRASIL IND E COM DE	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	---------------------------------------

13-Nome ODILO FERREIRA DE ARAUJO JUNIOR	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do titular do plano ODILO FERREIRA DE ARAUJO JUNIOR
--	------------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	----------------------------	-------------	-----------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF (3)5526574873	22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES
--	---	----------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO	27-Número no CRO 123201	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-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-001851001916		RESTAURAÇÃO RESINA	26	M	1	61,00	0,00			08/12/2012		
2-001851001916												
3-001851001916												
4-001851001916												
5-001851001916												
6-001851001916												
7-001851001916												
8-001851001916												
9-001851001916												
10-001851001916												
11-001851001916												
12-001851001916												
13-001851001916												
14-001851001916												
15-001851001916												

43-Data Prevista Término do Tratamento 23/09/2013	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 61,00	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

Imagens analisadas. *Exatidão da RC, sem a segurança e a RC.*

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa