

Odontolife

Aut 12/03
18/04

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Quem
está
com
esta
autorização
está
autorizado
a
realizar
o
tratamento
dentário



895413
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 04/11/03	4-Dia de Autorização 04/11/03	5-Série AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 9642291	7-Dia Validação da Série 02/11/06
--------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	--------------------------------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 00202519983600046403	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa CCT CONCEITUAL CONSTRUCOES	11-Dia Validação da Carteira 04/11/03	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	--------------------------------	--	--	---------------------------------------

13-Nome EVELYN DE JESUS OLIVEIRA	14-Teléfono () - - - - -	15-Nome do titular do plano EDINALDO SILVA DE OLIVEIRA
-------------------------------------	------------------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	18-Número no CRO 8958	19-UF BA	20-Código CBO S 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 169312060287	22-Nome do Contratado Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	23-Número no CRO 8958	24-UF BA	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante RODRIGO SOUZA MASCARENHAS	27-Número no CRO 8958	28-UF BA	29-Código CBO S	Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Vol/Ar	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-0	083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	65	1	1	73,10	0	10,00	1	04/03/03		
2-1												
3-1												
4-1												
5-1												
6-1												
7-1												
8-1												
9-1												
10-1												
11-1												
12-1												
13-1												
14-1												
15-1												

43-Dia de Prestação do Tratamento 04/03/03	44-Tipo de Atendimento 1- Tratamento Odontológico 2- Exame Radiológico 3- Ortopedia 4- Urgência/Emergência	45-Tipo de Tratamento 1- Total 2- Parcial	46-Total Quantidade US 73,10	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. Deodoro, ainda que o(s) procedimento(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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-Dia, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Solicitante 04/11/03 12/02	51-Dia, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/11/03 12/02	52-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/03/03 Edinaldo Silva de Oliveira	53-Dia, local e Cartão da Empresa 04/03/03
--	--	---	---

Dr. Vanessa N. Santos
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 23026

Dr. Vanessa N. Santos
Cirurgiã-Dentista
CRO-BA: 23026