

## Re: Descredenciamento

Kelen Grando &lt;kgconsultorio@gmail.com&gt;

qui 20/05/2021 10:47

Para: Bruna da Silva &lt;bruna.silva@odontolifeodontologia.com.br&gt;;

Bom dia Bruna,

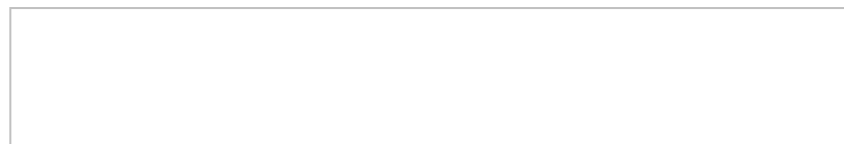
Ademir José Cieslak - 489387 - Número da Guia principal e do 2-nº é o mesmo

Roseli Maria Orlandin - Número da Guia Principal é 8338665 e do 2-nº é 486656

Segue em anexo a foto delas

Obrigada,

Etiane Burnagui



**OdontoLife**  
tranquilidade para você sorrir

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

24h

1-Registro ANS 406414 2-Data de Emissão da Guia 21/05/2021 3-Data de Autorização 21/05/2021 4-Será AUTORIZADO 5-Número da Guia Principal 8338665 6-Data Validade da Guia 21/05/2021 7-486656 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527112400019301 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome ROSELI MARIA ORLANDIN 14-Telefone 07081971 15-Data de Nascimento 07/08/1971 16-Nome do titular do plano ROSELI MARIA ORLANDIN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

17-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KELEN GRANDO 18-Número no CRO 11090 19-UF RS 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 092401830000 22-Nome do Contratado Executante KELEN GRANDO 23-Número no CRO 11090 24-UF RS 25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante KELEN GRANDO 27-Número no CRO 11090 28-UF RS 29-Código CBO S

Planos de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Faixa	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Ocorrência	42-Assinatura
1	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	21/05/2021	Roseli	✓
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00	0,00	0	21/05/2021	Roseli	✓
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00	0,00	0	21/05/2021	Roseli	✓
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00	0,00	0	21/05/2021	Roseli	✓
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 1414,00 47-Valor Total RS 0,00 48-Total Franquia / Co-participação RS

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), foram realizados 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 21/05/2021 Roseli 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/05/2021 Roseli 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/05/2021 Roseli Orlandin 53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/05/2021 Etiane Burnagui

**Odontolife**  
transparência para você sorrir

**GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO**

2-4\*

**489387**  
**INTERCÂMBIO**

1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 02/11/2021 4-Data de Autorização 02/11/2021 5-Senha PENDENTE DE LIBERAÇÃO 6-Número da Guia Principal 489387 7-Data Validade da Senha 31/10/2021

8-Número da Guia 00202527058000011902 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa TROMBINI EMBALAGENS SA 11-Data Validade da Carteira 31/10/2021 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome EDUARDA DAPPER DA COSTA CIESLAK 14-Telefone (11) 1111-1111 15-Nome do titular do plano ADEMIR JOSE CIESLAK

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante KELEN GRANDO 18-Número no CRO 11090 19-UF RS 20-Código CBO S 025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 692401183000 22-Nome do Contratado Executante KELEN GRANDO 23-Número no CRO 11090 24-UF RS 25-Código CHES

26-Nome do Profissional Executante KELEN GRANDO 27-Número no CRO 11090 28-UF RS 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Régio	34-Fato	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação RS	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Oitosa	42-Assinatura
1-	00810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1		34,00	0,00			02/11/2021		
2-												
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 34,00 47-Valor Total RS 0,00 48-Total Franquia / Co-participação RS

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 02/11/2021 [Assinatura] 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/11/2021 [Assinatura] 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/11/2021 [Assinatura] 53-Data, local e Carimbo da Empresa 02/11/2021 [Carimbo]

Em qui., 20 de mai. de 2021 às 10:34, Bruna da Silva <[bruna.silva@odontolifeodontologia.com.br](mailto:bruna.silva@odontolifeodontologia.com.br)> escreveu:

Bom dia,

Por gentileza sabe informar o numero das guias?


Roseli Maria Orlandin e do Ademir Jose Cieslak

**Aguardo**

**Bruna da Silva**

**Cadastro Cirurgião Dentista**

**4007-2828 - Capitais e Regiões Metropolitanas / 0800 000 2828 - Demais Regiões**

 1582199294425

---

**De:** Bruna da Silva**Enviado:** quarta-feira, 19 de maio de 2021 15:17:06**Para:** Kelen Grando**Assunto:** Re: Descredenciamento

Boa tarde,


Estamos verificando com o setor de produção, assim que obtivermos retorno, entro em contato.

*Att*

***Bruna da Silva***

***Cadastro Cirurgião Dentista***

***4007-2828 - Capitais e Regiões Metropolitanas / 0800 000 2828 - Demais Regiões***

 1582199294425

---

**De:** Kelen Grando <[kgconsultorio@gmail.com](mailto:kgconsultorio@gmail.com)>**Enviado:** terça-feira, 18 de maio de 2021 09:44:54**Para:** Bruna da Silva**Assunto:** Descredenciamento

Bom dia Bruna, tudo bem?

Gostaria de confirmar se as guias da Roseli Maria Orlandin e do Ademir Jose Cieslak estão certas.

Aguardo o seu retorno,