OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AF

651754
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 08/08/21
4-Data de Autorização: 22/08/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8912675
7-Data Validade da Senha: 06/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025105506007523 02
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ESTHER ALVES SANTIAGO 09/10/2005
14-Telefone: (11) 2856-4785
15-Nome do titular do plano: VANESSA ALVES SANTIAGO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: GRAZIELE RODRIGUES SORRILHA FONSECA
18-Número no CRO: 106704
19-UF: SP
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0890831084 7
22-Nome do Contratado Executante: GRAZIELE RODRIGUES SORRILHA FONSECA
23-Número no CRO: 106704
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: GRAZIELE RODRIGUES SORRILHA FONSECA
27-Número no CRO: 106704
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-	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S	08/08/21		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 08/08/21
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: 340
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 Executante: 08/08/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 08/08/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário: 08/08/21
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 08/08/21

Dra. Graziele P. Sorrilha
Dentista - Ortodontista
CRO SP 106704