OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

321403

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414

3-Data de Emissão da Guia: 06/06/20

4-Data de Autorização: 12/06/20

5-Senha: AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal: 7618567

7-Data Validade da Senha: 04/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025061655002185 01

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-

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:

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 -		081004211	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	12/06/20		
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: 2 — 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento: 1 — 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US: 14,00

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
RADIOLOGIAS E DOCUMENTAÇÃO
ORTODONTIA LTDA.
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
B. Alípio de Melo - Cep: 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS