OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 305419

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 06/09/20
4-Data de Autorização: 09/09/20
5-Senha: autorizado
6-Número da Guia Principal: 7503946
7-Data Validade da Senha: 08/06/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020251081751001977011
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: CASTROLANDA COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MERI AP DE OLIVEIRA DA CRUZ ALMEIDA 18/06/1980
14-Telefone: (15) 8109-5126
15-Nome do titular do plano: MERI AP DE OLIVEIRA DA CRUZ ALMEIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS
18-Número no CRO: 113097
19-UF: SP
20-Código CBO S: 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 418043608644
22-Nome do Contratado Executante: BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS
23-Número no CRO: 113097
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS
27-Número no CRO: 113097
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	00	61500	ORTOUNIPLAN E			1	260,00	0,00		S	10/03/20		MAOlmeida
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: 260,00

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: 10/03/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/03/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 10/03/20 MAOlmeida
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__