

OdontoLife®
busquedas para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



377790
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 17/10/2012	4-Data de Autorização 29/10/2012	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7882532	7-Data Validade da Senha 16/11/2012
8-Número da Carteira 00202520211100073001			9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ITAPOA TERMINAIS PORTUARIOS S	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome MARILEIDE REGINA RAMOS MIGUEL			14-Telefone 01/09/1995	15-Nome do titular do plano MARILEIDE REGINA RAMOS MIGUEL	
16-Atendimento a RN N			17-Nome do Profissional Solicitante JOELMA CRISTINA TAVARES	18-Número no CRO 12909	19-UF SC
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 06137201996			22-Nome do Contratado Executante JOELMA CRISTINA TAVARES	23-Número no CRO 12909	24-UF SC
26-Nome do Profissional Executante JOELMA CRISTINA TAVARES			27-Número no CRO 12909	28-UF SC	29-Código CBO S
20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa			25-Código CNES Enviar - RX (I) 81000421-		

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	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00			06/10/2012		
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 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 06/10/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/10/2012	53-Data, local e Carimbo da Empresa 16/10/2012
---	--	---	---

Dr. Henrique de O. Raposo
Especialista em Implantodontia
e Cirurgia Bucal - Maxila - Facial
CRO/SC 10175