OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-AP

327571
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 20/06/20
4-Data de Autorização: 24/06/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7648376
7-Data Validade da Senha: 18/09/20

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 0020251055060139061
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INSTITUTO DE ASSISTENCIA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MARCELO RODRIGUES SILVA 28/11/1973
14-Telefone: (14) 3572-3495
15-Nome do titular do plano: MARCELO RODRIGUES SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA
18-Número no CRO: 36455
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 105755038822
22-Nome do Contratado Executante: ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA
23-Número no CRO: 36455
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA
27-Número no CRO: 36455
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85400173-24
(I) 81000421-
(I) 81000421-RPSE

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 | 85400173 | COROA TOTAL METALO | 24 | | 1 | 872 | 0,00 | 0,00 | S | 28/07/20 | | |
| 2- | 00 | 81000421 | RX PERIAPICAL | RCSE | | 1 | 14 | 0,00 | 0,00 | S | 28/07/20 | | |
| 3- | 00 | 81000421 | RX PERIAPICAL | RPSE | | 1 | 14 | 0,00 | 0,00 | S | 28/07/20 | | |
| 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: 9,00
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 Responsável: 28/07/20
Dr Adriana S. Jordani M.Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 28/07/20
Dr Adriana S. Jordani M.Fonseca
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 28/07/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

3

Digitalizada com CamScanner