OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

329832
INTERCÂMBIO

| 1-Registro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 409414 | 25/06/20 | 26/06/20 | AUTORIZADO | 7661909 | 23/09/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número de Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00202523570003091 | POS REDE PRESTADORA | VIP CLUB ADM E TERCEIRIZACAO | | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| ANDRYO SMITH BRAZAO DA COSTA 31/01/1992 | ( ) | ANDRYO SMITH BRAZAO DA COSTA |

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

| 16-Atendimento a RN | 17-Nome do Profissional Executante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| N | ALESSANDRA BRITO LOBATO | 563 | AP | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 93891413253 | ALESSANDRA BRITO LOBATO | 563 | AP | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| ALESSANDRA BRITO LOBATO | 563 | AP | |

GUIA 01080

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| | 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade JS | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data da Realização | 41-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 00 | 85101996 | RESTAURAÇÃO RESINA | 46 | M | 1 | 61 | 00 | 000 | S | 26/06/20 | Andrio |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

| 42-Data Prevista Término do Tratamento | 43-Tipo de Atendimento | 45-Tipo de Faturamento | 46-Total Quantidade JS | 47-Valor Total R$ | 48-Total Franquia / Co-participação R$ |
|---|---|---|---|---|---|
| | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 61 | 00 | |

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 os procedimentos/ [illegible] acima, e por mim assinado(s), 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.

44-Observação

| 50-Data Inicial e Assinatura do Beneficiário | 51-Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data Inicial e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data Inicial e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 26/06/20 | | 26/06/20 Andryo Smith Brazão da Costa | |