OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

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
406414	27/04/20	30/04/20	AUTORIZADO	7528712	26/07/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de S
0020251085102	POS REDE PRESTADORA	CASTROLANDA COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARIANA BATISTA DOS SANTOS 04/04/1984	( ) -	FRANCISCO JOSE BATISTA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	KAYOKO SAKASHITA CORREA	27382	SP	223208

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0662446780	KAYOKO SAKASHITA CORREA	27382	SP	5095182

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KAYOKO SAKASHITA CORREA	27382	SP	223208

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 Realiz
1	00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/0
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	30/0
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	30/0
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	30/0
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	30/0
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	30/0
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	30/0
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$
30/04/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	300,00	0,00

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 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 contr 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/04/20	20/04/20	20/04/20	20/04/20