OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335600

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
406414	07/07/20	17/07/20	AUTORIZADO	7688774	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202519774300505801	POS REDE PRESTADORA	COCAMAR COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SANDRA FERREIRA DA SILVA 15/08/1967	( ) -	SANDRA FERREIRA DA SILVA

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	KATIUCHA MANNA BELLASALMA	14428	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02790461970	KATIUCHA MANNA BELLASALMA	14428	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KATIUCHA MANNA BELLASALMA	14428	PR	

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	0,00	0,00	S	29/07/20		Sandra
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00	0,00	S	29/07/20		Sandra
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00	0,00	S	29/07/20		Sandra
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00	0,00	S	29/07/20		Sandra
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00	0,00	S	29/07/20		Sandra
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61	0,00	0,00	S	29/08/20		Sandra
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61	0,00	0,00	S	29/08/20		Sandra
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61	0,00	0,00	S	29/08/20		Sandra
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$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	361	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 assistente e arcar com os custos previstos er 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 valore 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
/ /	/ / Kmbellasalma	/ / Sandra M. da Silva	/ /

Dra. Katiucha Manna Bellasalma
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-PR 14.428