

Gto Marcia

De: Joelma Silva Oliveira (joelmadentista@yahoo.com.br)

Para: joelmadentista@yahoo.com.br

Data: segunda-feira, 28 de setembro de 2020 19:59 BRT

Odontolife
As melhores para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1-Registro ANS 406414		3-Data de Emissão da Guia 01/10/2020		4-Data de Autorização 10/10/2020		5-Série AUTORIZADO		6-Número da Guia Principal 7873946		7-Data Validação da Série 12/09/2020	
8-Número da Carteira 00202510550601225101		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA		11-Data Validade da Carteira 11/11/11		12-Nome do titular do plano MARCIA DE SOUZA GUEDES		13-Número	
14-Nome MARCIA DE SOUZA GUEDES											
15-Data de Conclusão Responder pelo Tratamento 23/01/1970											
16-Endereço a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante JO OLIVEIRA ODONTOLOGIA INTEGRADA		18-Nome do Contratado Executante JOELMA SILVA OLIVEIRA		19-Número no CRO 69807		20-UF SP		21-Valor 025 -	
22-Código na Operadora / CNPJ / CPF 1258161671847		23-Nome do Profissional Encarregado JOELMA SILVA OLIVEIRA		24-Número no CRO 69807		25-UF SP		26-Código CBO S 01		27-Valor Faturar Empre	
28-Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados											
31-1-Item	31-2-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Faturado Comprometimento R\$	39-Aut		
1-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	3,6	0,00	0,00	0,00	S		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	3,6	0,00	0,00	0,00	S		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	3,6	0,00	0,00	0,00	S		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	3,6	0,00	0,00	0,00	S		
5-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	0	1	6,1	0,00	0,00	S		
6-00											
7-00											
8-00											
9-00											
10-00											
11-00											
12-00											
13-00											
14-00											
15-00											
43-Data Prescrição / Término do Tratamento 02/10/2020		44-Tipo de Atendimento 1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência		45-Tipo de Faturamento 1-1-Total 2-Parcial		46-Total Quantidade US 20151010		47-Valor Total R\$			

Declaro, que após ler e sob o devido conhecimento, aprovo a proposta, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do 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 referencial ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Joelma Silva Oliveira

[illegible]

Enviado do Yahoo Mail no Android