OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 454440
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	15/01/21	15/01/21	AUTORIZADO	8199082	15/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025049085007720 1	POS REDE PRESTADORA	POSITIVO INFORMATICA S A	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDREA PAULA DA SILVA 03/07/1989	( ) -	ANDREA PAULA 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	ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	8314	CE	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
6523990337	ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	8314	CE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	8314	CE	

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	D	1	61,00	0,00		S	15/01/21		Andreza
2													
3													
4													
5													
6													
7													
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$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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 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

23.769.061/0002-02
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sala 204 e 205
Ed. Lobras Centro CEP 60.025-060
Fortaleza - Ce

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 Operadora
15/01/2021 Roberta Cunha	15/01/2021 Roberta Cunha	15/01/2021 X Andreza Paula da Silva	15/01/2021

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-CE 8314