OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323759

INTERCÂMBIO

Registro ANS: 6414	3-Data de Emissão da Guia: 12/06/20	4-Data de Autorização: 02/08/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7630807	7-Data Validade da Senha: 10/09/20

Dados do Beneficiário

Número da Carteira: 0202504268000055802	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: ASSOC DOS DELEGADOS DE	11-Data Validade da Carteira: __/__/__	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
Nome: SE CARLOS CAMARGO VARGAS — 16/03/1976		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: ARACI CARMEN COSTA VARGAS	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ANDRESSA RENATA RECH	18-Número no CRO: 27939	19-UF: PR	20-Código CBO S:	025 - Faturar Empresa
Código na Operadora / CNPJ / CPF: 9825842962	22-Nome do Contratado Executante: ANDRESSA RENATA RECH	23-Número no CRO: 27939	24-UF: PR	25-Código CNES:	
Nome do Profissional Executante: ANDRESSA RENATA RECH		27-Número no CRO: 27939	28-UF: PR	29-Código CBO S:	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	85401015 7	COROA TOTAL METALO-	26		1	1246,00	573,16		S			
00	85401015 7	COROA TOTAL METALO-	27		1	1246,00	573,16		S			
00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	26		1	154,00	0,00		S			
00	85400084	COROA PROVISÓRIA SEM PINO	27		1	154,00	0,00		S			

Data Previsão Término do Tratamento: __/__/__	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 2800,00	47-Valor Total R$: 1125,32	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 [illegible] valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação: R. São Paulo nº 69 CEP 85870-110 Vila residencial C

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 15/08/2010 Andressa Rech	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 15/08/2010 Andressa Rech	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: __/__/__	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 19/08/2010

Scanned by TapScanner