OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 377564
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 17/09/20
4-Data de Autorização: 18/09/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7881550
7-Data Validade da Senha: 16/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205244479000098 01
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: ARAUCO FOREST BRASIL SA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: DIEGO HENRIQUE DOS SANTOS 03/12/1991
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: DIEGO HENRIQUE DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: DENISE FANTON OREFICE
18-Número no CRO: 46356
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 17187148828
22-Nome do Contratado Executante: DENISE FANTON OREFICE
23-Número no CRO: 46356
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: DENISE FANTON OREFICE
27-Número no CRO: 46356
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100218
(I) 85100226 (I) 85100200
(I) 85100200

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	18/09/20		x Diego
2	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OVD	1	122,00	0,00	0,00	S	19/11/20		x Diego
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	S	21/10/20		x Diego
4	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	26	VOMP	1	122,00	0,00	0,00	S	14/12/20		x Diego
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00	0,00	S	16/11/20		x Diego
6	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	28	ODV	1	122,00	0,00	0,00	S	26/11/20		x Diego
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	04/11/20		x Diego
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00	0,00	S	28/09/20		x Diego
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: __/__/__
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo da Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 698,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 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: . Imagens analisadas

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 18/09/20 Denise
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/09/20 Denise
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/09/20 x Diego
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 18/09/20

Dra. Denise Fanton Orefice
Cirurgiã Dentista
CROSP 46356 - CROPR 8368