

Data: terça-feira, 30 de junho de 2020 20:39 BRT

1974



Odontolife®  
Soluções para sua vida

## GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



325922  
INTERCÂMBIO

|                                                             |  |                                                                          |  |                                                 |  |                                                                   |  |                                        |  |                                       |  |
|-------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|---------------------------------------|--|
| 1-Registro ANVISA<br>400414                                 |  | 3-Dia de Emissão do Guia<br>11/06/20                                     |  | 4-Dia de Autorização<br>19/06/20                |  | 5-Sistema<br>AUTORIZADO                                           |  | 6-Número do Guia Precedente<br>7041449 |  | 7-Dia Validação do Setor<br>15/09/20  |  |
| 8-Endereço do Beneficiário                                  |  |                                                                          |  |                                                 |  |                                                                   |  |                                        |  |                                       |  |
| 8-Número da Carteira<br>002020251055000000540002            |  |                                                                          |  | 9-Plano<br>POS REDE PRESTADORA                  |  | 10-Empresa<br>INSTITUTO DE ASSISTENCIA                            |  | 11-Cidade, Estado e País<br>/ /        |  | 12-Número de Cartão Nacional de Saúde |  |
| 13-Nome<br>FERNANDO LUIZ TENÓRIO COSTA                      |  |                                                                          |  |                                                 |  |                                                                   |  |                                        |  |                                       |  |
| 14-Data de Emissão do Guia<br>02/01/2002                    |  |                                                                          |  | 15-Endereço<br>(11) (3) (5) (9) (1) (7) (4) (0) |  | 16-Nome do titular do plano<br>IOLANDA APARECIDA DA SILVA TENÓRIO |  |                                        |  |                                       |  |
| 17-Endereço do beneficiário para tratamento                 |  |                                                                          |  |                                                 |  |                                                                   |  |                                        |  |                                       |  |
| 18-Autorização e RPA<br>N                                   |  | 19-Nome do Profissional Solicitante<br>JS OLIVEIRA ODONTOLOGIA INTEGRADA |  |                                                 |  | 20-Número do CRO<br>69607                                         |  | 21-UF<br>SP                            |  | 22-Código CBO 9<br>01                 |  |
| 23-Código na Operadora (CNPJ) CPF<br>2581010107047          |  | 24-Nome do Contratado Executante<br>JOELMA SILVA OLIVEIRA                |  |                                                 |  | 25-Número do CRO<br>69607                                         |  | 26-UF<br>SP                            |  | 27-Código CBO 9                       |  |
| 28-Nome do Profissional Executante<br>JOELMA SILVA OLIVEIRA |  |                                                                          |  |                                                 |  |                                                                   |  |                                        |  |                                       |  |
| 29-Endereço do Profissional Solicitante                     |  |                                                                          |  |                                                 |  |                                                                   |  |                                        |  |                                       |  |

| 30-Tabella | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição       | 33-Dentista/Raio | 34-Fase | 35-QR | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Faturamento Participação PS | 39-Data  | 40-Cidade de Realização | 41-Motivo de Cancelamento |
|------------|---------------------------|--------------------|------------------|---------|-------|------------------|----------|--------------------------------|----------|-------------------------|---------------------------|
| 1          | 00085100190               | RESTAURAÇÃO RESINA | 13               | V       | 1     | 01,00            | 0,00     |                                | 20/06/20 |                         |                           |
| 2          | 00085100190               | RESTAURAÇÃO RESINA | 14               | O       | 1     | 01,00            | 0,00     |                                | 20/06/20 |                         |                           |
| 3          | 00085100190               | RESTAURAÇÃO RESINA | 23               | P       | 1     | 01,00            | 0,00     |                                | 20/06/20 |                         |                           |
| 4          |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 5          |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 6          |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 7          |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 8          |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 9          |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 10         |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 11         |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 12         |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 13         |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 14         |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |
| 15         |                           |                    |                  |         |       |                  |          |                                |          |                         |                           |

|                                                   |  |                    |  |                                                                                                  |  |                                  |  |                                  |  |                           |  |                                     |  |
|---------------------------------------------------|--|--------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------|--|-------------------------------------|--|
| 42-Dia Prescrito, Tempo de Tratamento<br>20/06/20 |  | 43-Dia de Abandono |  | 44-Tipo de Tratamento<br>1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Inteligência |  | 45-Dia de Faturamento<br>1-1 2-2 |  | 46-Total Quantidade US<br>183,00 |  | 47-Valor Total PS<br>0,00 |  | 48-Total Percentual Participação PS |  |
|---------------------------------------------------|--|--------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|---------------------------|--|-------------------------------------|--|

Declaro, que acima foi feito devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, assim a autorização e execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e atuar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), foi(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Ocorrência e pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, compreendendo-me a atuar com os custos conforme previsto em contrato.

Assinatura

Joelma Silva Oliveira

Assinatura do Profissional Solicitante

Assinatura do Profissional Executante

|                                                          |  |                                                        |  |                                                       |  |                                   |  |
|----------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| 50-Dia, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável |  | 51-Dia, local e Assinatura do Profissional Solicitante |  | 52-Dia, local e Assinatura do Profissional Executante |  | 53-Dia, local e Cessão da Empresa |  |
| 20/06/20 CNPJ 25810107047                                |  | 20/06/20 CNPJ 25810107047                              |  | 20/06/20 e RPA                                        |  |                                   |  |

Enviado do Yahoo Mail no Android