

Odontolife

Tratamento odontológico para você sorrir

CO Kornille

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-A



1-Requisito ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 16/03/22 4-Data de Autorização 16/03/22 5-Senha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9688337 7-Data Validade da Senha 14/06/22

909625 INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 00202510550600741101

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

17/01/1982

14-Telefone

15-Nome do titular do plano CRISTIANE SANTOS QUEIROZ

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN 17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO 72296

19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF

22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO 72296

24-UF SP

25-Código CBO S

Faturar Empresa

26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO 72296

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-DentalRegião	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Anc	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	16/03/22		Mauricio
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	16/03/22		CRISTIANE
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	16/03/22		CRISTIANE
4	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	16/03/22		CRISTIANE
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Guia Tratamento / Tipo de Atendimento

44-Tipo de Atendimento

45-Tipo de Tratamento

46-Tipo de Faturamento

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 realizado(s) em conformidade com o plano de tratamento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em 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

50-Data e Assinatura do Profissional Solicitante

51-Data e Assinatura do Operador Dentista

52-Data e Assinatura do Profissional Responsável

53-Data, local e Carimbo da Empresa