Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 452358
INTERCÂMBIO

stro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 12/01/21	4-Data de Autorização: 14/01/21	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8189510	7-Data Validade da Senha: 12/04/21

do Beneficiário

ero da Carteira: 02025288960000040 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: SIMPLES SOLUTIONS COMERCIO	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
me: PIO EVERTON DA SILVA SANTOS 29/11/1986		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: ALIPIO EVERTON DA SILVA SANTOS	

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	18-Número no CRO: 30728	19-UF: PR	20-Código CBO S:
digo na Operadora / CNPJ / CPF: 7715031810	22-Nome do Contratado Executante: PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	23-Número no CRO: 30728	24-UF: PR	25-Código CNES:
me do Profissional Executante: OLA CARIANI HAIDAR MAZORRA		27-Número no CRO: 30728	28-UF: PR	29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001286-48
(I) 82001294-28
(I) 82001294-18

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

bela	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
0	82001286	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	361,00	0,00		S			Alipio
0	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S			Alipio
0	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S			Alipio

a 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: 733,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

ro, 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 ato. 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 entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

servação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: / /	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30/01/21 Alipio Everton	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 30/01/21

Paola C. Haidar Mazorra
Cirurgiã Dentista
CRO-PR 30728