

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



354907
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414 3-Dia de Emissão da Guia 11/10/18 4-Dia de Autenticação 12/10/18 5-Semana AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 7776440 7-Dia Validade da Semna 10/11/18 8-Dia Validade da Guia 11/11/18

Dados do Beneficiário

9-Nome do Beneficiário 00202012531135700000101011 10-Plano POS REDE PRESTADORA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional da Saúde

13-Nome ANTONIO CARLOS CORREA 23/01/1955 14-Telefone 15-Nome do titular do plano ANTONIO CARLOS CORREA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 18-Número no CRO 36455 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operação CBO S CPT 105175503882 22-Nome do Contratado Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 23-Número no CRO 36455 24-UF SP 25-Código CNIES 36455 26-Nome do Profissional Executante ADRIANA SARAIVA JORDANI MEIRELLES DA FONSECA 27-Número no CRO 36455 28-UF SP 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código de 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 Cláusula 42-Assinatura
1-0-0	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			18/10/2018	
2-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	1	35,00	0,00			18/10/2018	
3-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	1	35,00	0,00			18/10/2018	
4-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	1	35,00	0,00			18/10/2018	
5-0-0	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	1	35,00	0,00			18/10/2018	
6-0-0											
7-0-0											
8-0-0											
9-0-0											
10-0-0											
11-0-0											
12-0-0											
13-0-0											
14-0-0											
15-0-0											

43-Data Previsto 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 Quantitativo US 174,00 47-Valor Total R\$ 10,00 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(ram) 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

50-Dado, local e Assinatura do Contratado-Beneficiário Sou Signatário 51-Dado, local e Assinatura do Contratado-Contratante 52-Dado, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Dado, local e Carimbo da Empresa

Dr. Adriana S. Jordani Meirelles
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista

Dr. Adriana S. Jordani Meirelles
CROSP 36.455
Cirurgiã Dentista