

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO



340661
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/06/2017	4-Data de Autorização 12/01/2017	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7711667	7-Data Validade da Guia 11/04/2017							
8-Número de Carteira 000202527355900000102 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa CAOLI GUESSA CONSULTORIA 11-Data Validade da Carteira 11/11/11 12-Número do Cartão Nacional de Saúde												
13-Nome MARILIA GABRIELA SANTOS SOUSA 14-Data de Nascimento 14/04/1993 15-Nome do titular do plano JONATHAN RODRIGUES SOUSA												
16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante ODONTODENT ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA 18-Número no CRO 4992 19-UF DF 20-Código CRO S 01 025 - Faturar Empresa												
21-Código no CRO 61128201100 22-Nome do Contratado Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES 23-Número no CRO 4992 24-UF DF 25-Código CNES 26-Nome do Profissional Executante YEDA ALMEIDA RODRIGUES 27-Número no CRO 4992 28-UF DF 29-Código CRO S												
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 Omissão	42-Assinatura
1-000	181000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	23/07/2017		Yeda A. Rodrigues
2-000	185300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		Yeda A. Rodrigues
3-000	185300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		Yeda A. Rodrigues
4-000	185300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		Yeda A. Rodrigues
5-000	185300471	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/07/2017		Yeda A. Rodrigues
6-000												
7-000												
8-000												
9-000												
10-000												
11-000												
12-000												
13-000												
14-000												
15-000												
43-Cópia Anexada Termino do Tratamento 23/07/2017 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial 46-Valor Total US 178,00 47-Valor Total R\$ 0,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00												
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 assinar com os custos conforme previsto em contrato.												
49-Comentário 50-Data, local e assinatura do Contratado/Contratante 23/07/2017 Yeda A. Rodrigues 51-Data, local e assinatura do Profissional Solicitante 23/07/2017 Yeda A. Rodrigues 52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável 23/07/2017 Yeda A. Rodrigues 53-Data, local e assinatura do Profissional Executante 23/07/2017 Yeda A. Rodrigues												