Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 341640
INTERCÂMBIO

...ro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 20/07/20	4-Data de Autorização: 21/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7715843	7-Data Validade da Senha: 18/10/20

...o Beneficiário

...ero de Cartaire: 02025289291000371104	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: POSITIVO TECNOLOGIA S A	11-Data Validade da Cartaire: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
...e: ...ORO GOMES HOFSTETTER 13/07/2009	14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: ESTEVAM MACHADO HOFSTETTER		

...o Contratado Responsável pelo Tratamento

...dimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ALINE MAQUINE PASCARELI	18-Número no CRO: 4530	19-UF: AM	20-Código CBO S:
...go na Operadora / CNPJ / CPF: 03563242909	22-Nome do Contratado Executante: ALINE MAQUINE PASCARELI	23-Número no CRO: 4530	24-UF: AM	25-Código CNES:
...e do Profissional Executante: ...NE MAQUINE PASCARELI		27-Número no CRO: 4530	28-UF: AM	29-Código CBO S:

414 - Faturar Empresa

...e Tratamento / Procedimentos Solicitados

...ela	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
	08300089	EXODONTIA SIMPLES DE	53		1	730	00	00	S	21/07/20		

...a Previsão Término do Tratamento: 21/07/20	44-Tipo de Atendimento: 1 - 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1 - 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 730	47-Valor Total R$: 00	48-Total Franquia / Co-participação R$:	

...o, 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 ...to. 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 ...tos ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

...ervação

...a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/07/20 Dra. Aline Pascareli Esp. e Mestra em Odontopediatria CRO-AM 4530	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/07/20 Dra. Aline Pascareli Esp. e Mestra em Odontopediatria CRO-AM 4530	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Digitalizada com CamScanner