OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 388015
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/10/20	/ /	PENDENTE DE LIBERAÇÃO	388015	30/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037000029680738	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	/ /	707405098273275

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARINA VELLOSOS DOS SANTOS 11/05/1960	( ) -	MARINA VELLOSOS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	VANJA FRANCO DE BATTISTI	17207	RJ	801 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5971380625	VANJA FRANCO DE BATTISTI	17207	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
VANJA FRANCO DE BATTISTI	17207	RJ	

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 Glosa	42-Assinatura
1 -	00	81005 7	CONSULTA ODONTLOGICA DE			1	34,00	0,00		N	01/10/2020		
2 -	00	85006 3	TRATAMENTO DE ABSCESSO	43		1	8,00	0,00		N	01/10/2020		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
01/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	42,00	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/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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Paciente com dor devido a doença gengival, presença de tartaro e bolsa periodontal c/ abcesso periodontal - exame clinico, raspagem, irrigação orientação encaminhamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/10/20	01/20/20	01/10/20 Marina Vellosos dos Santos	01/10/

CLÍNICA ODONTOLÓGICA BARRA DIMENSION EIRELI
CNPJ: 33.866.335/0001-46
EPAO - 5631