



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1



356795
INTERCAMBIO

Odontolife®

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



357470
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 11/4/10	4-Data de Autorização 11/7/10 18:12:00	5-Semana 7790369	6-Número da Guia Principal AUTORIZADO	7-Data Válidação da Semana 11/2/11 12:00				
8-Número da Carteira 0020251116131600046601	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa BRITANIA COMPONENTES	11-Data Válidação da Carteira 11/11/11	12-Número do Certificado Nacional de Saúde					
13-Alendamento a RN N	14-Nome do Profissional Responsável pelo Tratamento ALECSAND BRAGA DO NASCIMENTO	15-Número no CRO 4114	16-UF AM	17-Código CEO S 04	18-Nome do titular do plano ALECSAND BRAGA DO NASCIMENTO				
21-Código na Operadora (CNPJ/CPF) 519441038253	22-Nome do Consultado Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	23-Número no CRO 4114	24-UF AM	25-Código CNES Enviar - RX	19-Nome do beneficiário Faturar Empresa Enviar - RX				
26-Nome do Profissional Executante KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR	27-Número no CRO 4114	28-UF AM	29-Código CBO S (I) 85100200	30-Tabela 31-Código do Procedimento 100815100200	32-Descrição RESTAURAÇÃO RESINA				
	33-Dente/Região 23	34-Fase VM	35-Qtd 1	36-Quantidade US 1818,00	37-Válor 10,00	38-Franquia/Coparticipação R\$ 10,00	39-Val 10,00	40-Data de Realização 11/08/10	41-Motivo da Glossa 42-Assinatura RESCASSP
	1								
	2								
	3								
	4								
	5								
	6								
	7								
	8								
	9								
	10								
	11								
	12								
	13								
	14								
	15								
	16								
	17								
	18								
	19								
	20								
	21								
	22								
	23								
	24								
	25								
	26								
	27								
	28								
	29								
	30								
	31								
	32								
	33								
	34								
	35								
	36								
	37								
	38								
	39								
	40								
	41								
	42								
	43								
	44								
	45								
	46								
	47								
	48								

43-Data Prazo de Término do Tratamento
11/11/10

44-Tipo de Atendimento
1-Tratamento Odontológico 2-Esane Radiológico 3-Ondodonto 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Fazimento
1-Tral 2-Parcial

46-Dia Quantidade US
18,00

47-Válor Total R\$
10,00

48-Total Franquia / Coparticipação R\$
10,00

Descrevo, 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 cumpri-las 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 previsões em contrato.

49-Observação

ALECSAND BRAGA DO NASCIMENTO
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
CRO-ANALISTAS 1108112020
CRO-ANALISTAS 1108112020

50-Data, local e Assinatura do Clínico-Dentista

51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante

53-Data, local e Carimbo da Empresa

ALECSAND BRAGA DO NASCIMENTO
KELY RAIMUNDA MOURAO DE AGUIAR
CRO-ANALISTAS 1108112020
CRO-ANALISTAS 1108112020

X ALVESPOD PRÉCIO DO MASCIMENTO