

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24*

299350
INTERCAMBIO



7-Dia Validade de Série
10/08/16 11/210

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

11-Dia Validade de Carteira
11/11/11/11/11

13-Nome do titular do plano
ADRIELI APARECIDA GONCALVES DOS SANTOS V

14-Tipo de
(115) 9671418358

10-Empresa
CASTROLANDA COOPERATIVA

6-Plano
POS REDE PRESTADORA

01/09/1990

13-Nome
ADRIELI APARECIDA GONCALVES DOS SANTOS V

1-Seguro Auto
400414

3-Dia de Emissão da Guia
11/01/13 11/210

5-Dia de Apresentação
11/01/13 11/210

6-Série
ROBERTO DE ABREU

6-Número de Guia Original
299350 79421229

17-Nome do Profissional Encarregado
BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS

15-Atendimento a 1º Vít
N

21-Código na Questão / CNPJ / CPF
411804360864

22-Nome do Consultado Encarregado
BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS

23-Número no CRO
113097

24-UF
SP

25-Código CIES
SP

26-Código CBO 8
SP

27-UF
SP

28-UF
SP

29-Código CBO 8
SP

30-Código CBO 8
SP

31-Código CBO 8
SP

26-Nome do Profissional Encarregado
BEATRIZ DEMARCH SIQUEIRA CAMPOS

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tela
31-Código do Procedimento
1-0016150

32-Descrição
ORTODONTIA PLAN E

33-Dentifregio

34-Faixa

35-Cat

36-Quantidade US

37-Valor

38-Franquia Participação R\$

39-Aut

40-Dia de Realização

41-Medico da Guia

42-Assinatura

43-Assinatura

44-Assinatura

45-Assinatura

46-Assinatura

47-Assinatura

48-Observação

43-Dia Previsto Término do Tratamento

44-Tipo de Atendimento

1-Tipos de Atendimento
2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Higiene/Emplancha

45-Tipo de Faturamento

1-Tipos de Faturamento

46-Total Quantidade US

47-Valor Total R\$

48-Valor Total R\$

49-Valor Total R\$

50-Valor Total R\$

51-Valor Total R\$

52-Valor Total R\$

53-Valor Total R\$

54-Valor Total R\$

55-Valor Total R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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), 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.

50-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

51-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

52-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

53-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

54-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

55-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

56-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

57-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

58-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

59-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

60-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

61-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

62-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

63-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado

64-Dia, local e assinatura do Profissional Encarregado