OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353200
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 07/08/20
4-Data de Autorização: 24/08/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7770886
Data Validade da Senha: 05/11/20

Dados do Beneficiário
8-Número do Cartão: 00205204945000683
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: INST DE APOIO TEC E SOCIAL AOS
11-Data Validade do Cartão:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANA CLARA DA COSTA MALCHER
21/07/2010
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: PAULO ROBERTO SOARES MALCHER

GUIA CONCLUÍDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
18-Número no CRO: 563
19-UF: AP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 93894813253
22-Nome do Contratado Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
23-Número no CRO: 563
24-UF: AP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
27-Número no CRO: 563
28-UF: AP
29-Código CBO S:

020 - Faturar Empresa

GUIA 07/10/20

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-Assinatura do Cirurgião-Dentista
1-	00810000309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	00,00	00,00	S	24/08/20	
2-	00840000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	720	00,00	00,00	S	24/08/20	
3-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610	00,00	00,00	S	24/08/20	
4-	00851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	54	O	1	610	00,00	00,00	S	24/08/20	
5-	00820008755	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	730	00,00	00,00	S	24/08/20	
6-	00830000089	EXODONTIA SIMPLES DE	64		1	730	00,00	00,00	S	24/08/20	
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

42-Data Prevista Término do Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 3740
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia/ Co-participação R$:

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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, Assinatura do Beneficiário: 24/08/20
51-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista:
52-Data, Assinatura do Responsável / Representante: 24/08/20
53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa:

Paulo Roberto Soares