OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 308554

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 25/04/20	4-Data de Autorização: / /	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 308554	7-Data Validade da Senha: 24/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 2 1 1 8 5 5 0 0 0 4 9 5 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LUIZ MARCELO MARCAL DE CASTRO 18/02/1973		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: LUIZ MARCELO MARCAL DE CASTRO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA	18-Número no CRO: 39384	19-UF: MG	20-Código CBO S: 01	025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 7 0 9 5 3 0 1 6 1 1	22-Nome do Contratado Executante: BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO: 39384	24-UF: MG	25-Código CNES:	
26-Nome do Profissional Executante: BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		27-Número no CRO: 39384	28-UF: MG	29-Código CBO S:	

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 -	0	0 8 1 0 0 0 0 5 7	CONSULTA ODONTLOGICA DE	27		1	34	00	00	N	25/04/2020		
2 -	0	0 8 5 4 0 0 4 6 7	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	27		1	8	00	00	N	25/04/2020		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão 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: 420,00	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 esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Alta sólta. Realizado meu tratamento.

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 25/04/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 25/04/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 25/04/2020	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 25/04/20