OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1821925
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 20/03/24	3-Data de Autorização: 20/03/24	4-Senha: AUTORIZADO	5-Número da Guia Principal: 12287178	6-Data Validade da Senha: 16/06/24

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020254557590000001020	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: KIMBERLY VITORIA FREIRE DE CARVALHO 10/05/2015	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: KALIANE FREIRE MARTINS		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA	18-Número no CRO: 12785	19-UF: DF	20-Código CBO-S:	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 5093565657001199	22-Nome do Contratado Executante: CLINICA ODONTOLOGICA ODONTO DENTE LTDA	23-Número no CRO: 12785	24-UF: DF	25-Código CNES: 8630904	
26-Nome do Profissional Executante: AMANDA APARECIDA ALVES DE SOUZA		27-Número no CRO: 12785	28-UF: DF	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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61	00	00	S	20/03/24		
2-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	85	O	1	61	00	00	S	20/03/24		
3-	00	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61	00	00	S	20/03/24		
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 20/03/24	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: 1830	47-Valor Total R$: 000	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 20/03/24 Dra. Amanda Alves CRO 12785	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 20/03/24 Dra. Amanda Alves Cirurgiã-Dentista CRO 12785	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20/03/24 Kaliane Freire	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 20/03/24 Clínica Odontológica Odonto Dente Ltda CNPJ: 57.509.657/0001-19

Scanned with CamScanner