odontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416850
INTERCÂMBIO

stro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	11/11/20	12/11/20	AUTORIZADO	8043882	09/02/21

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025331996000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
Luciene CIENE ZACARIAS CAVALCANTE CALACARA 30/11/1990	( ) -	LUCIENE ZACARIAS CAVALCANTE CALACARA

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	30728	PR	

igo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
77150318100	PAOLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	30728	PR	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
OLA CARIANI HAIDAR MAZORRA	30728	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	0851002000	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OV	1	88,00	0,00		S	/ /		Luciene

a Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	88,00	0,00	,

o, 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 e to. 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 valore ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/11/20 Paola	13/11/20 Paola	13/11/20 Luciene	/ /