

OdontoLife
Inteligência para sua saúde

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



311844
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	5-Data de Emissão da Guia 09/10/2011	4-Data de Autorização 12/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7552761	7-Data Validade da Senha 07/10/2012
8-Dados do Beneficiário 8-Número da Carteira 002025279173000010104		9-Plano POS REDE PRESTADORA		10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /
13-Nome ISABELY EDUARDA VIEIRA SANTOS		14-Telefone (11) 21165008	15-Nome do titular do plano CAMILA DA SILVA VIEIRA		
16-Atendimento a RN N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO		18-Número no CRO 123201	19-UF SP
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35526574873		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO		23-Número no CRO 123201	24-UF SP
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201		28-UF SP	29-Código CBO S
20-Código CBO S		025 - Faturar Empresa		Envia - RX (1) 85100200	

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-	00185100196	RESTAURAÇÃO RESINA	75	O	1	61,00	0,00			02/10/2011		<i>deleuze</i>
2-	00185100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00			02/10/2011		<i>deleuze</i>
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 02/10/2012	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 149,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$ 0,00
--	---	--	----------------------------------	----------------------------	---

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 Solicitante 02/10/2011 <i>Dra. Mariana Giordano Panico</i> Cirurgiã - Dentista CRO-SP 123201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 02/10/2011 <i>Dra. Mariana Giordano Panico</i> Cirurgiã - Dentista CRO-SP 123201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 02/10/2011 <i>deleuze</i>	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	--	--