OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

1002699
INTERCÂMBIO

gistro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
6414	31/05/22	31/05/22	AUTORIZADO	9964092	29/08/22

s do Beneficiário

mero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025484911000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

ome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LORENA DA COSTA TOLENTINO 11/09/2005	( ) -	DURVAL ANTONIO PEIXOTO TOLENTINO

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

tendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	RADIOLOGIA PANORAMICA	73084	SP	09

ódigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
19783728099	ADRIANO GIRALDES IGLESIAS	73084	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

ome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RIANO GIRALDES IGLESIAS	73084	SP	

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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
	00810040 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/06/2022		Lorena

-Data P	ata 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$
02	06/2022	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	0,00	

eclaro, 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 ontrato. 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 aferent entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

9-Obser bservação

3354

10.696.338/0001-83
RADIOLOGIA PANORAMICA RIO PRETO LTDA
Generosa Bastos nº 3214
Redentora - CEP: 15015-790
SÃO JOSÉ DO RIO PRETO-SP.

0-Data	ata, 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
	/02/06/2022	02/06/2022	02/06/2022 Lorena	02/06/2022