Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 391671

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 07/10/20
4-Data de Autorização: 16/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7941074
7-Data Validade da Senha: 05/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira: 0020253134610000010 7
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: FABIO GUILHERME DE OLIVEIRA JOAQUIM 03/07/2006
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ANDRESSA GUIMARAES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: JULY ANNE MENDONCA DA SILVA
18-Número no CRO: 45407
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 09035882776
22-Nome do Contratado Executante: JULY ANNE MENDONCA DA SILVA
23-Número no CRO: 45407
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: JULY ANNE MENDONCA DA SILVA
27-Número no CRO: 45407
28-UF: RJ
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		00851001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	07/10/20		Andressa
2		00830000 89	EXODONTIA SIMPLES DE	55		1	73,00	0,00		S	07/10/20		Andressa S.
3		00830000 89	EXODONTIA SIMPLES DE	75		1	73,00	0,00		S	07/10/20		Andressa S.
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: 207,00

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 er 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 valore 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: 07/10/20 July Anne Mendonça de Silva

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 07/10/20 July Anne Mendonça de Silva

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 07/10/20 Andressa S.

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 07/10/20

July Anne Mendonça da Silva
Cirurgiã Dentista
CRO 45407