Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

325800
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/2020	18/06/2020	AUTORIZADO	7640755	15/09/2020

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 0 3 3 4 6 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
MARA SILVA DOS SANTOS 27/10/1995		MARA SILVA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO-S
N	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO-S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(5) 60081264-36

GUIA CONCLUÍDA 01/10/20

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade (Q)	37-Valor	38-Fator de Conversão R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Rubrica do Dente	42-Assinatura
1-	0 0 8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	1	0 0		S	18/06/20		Mara
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade (Q)	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
		1-Total 2-Parcial	1 6	0 0	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido pelo(a) profissional, 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 os procedimentos realizados acima, e por mim assinado(s), tiveram 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 e Assinatura do Cirurgião Dentista	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data, Local e Assinatura do Responsável / Responsável	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
18/06/20		18/06/2020	

Mara Silva dos Santos