OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

391140
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 06/10/20
4-Data de Autorização: 07/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número na Guia Principal: 7939057
7-Data Validade da Senha: 04/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025322500000101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
12-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
2-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: DAVID JONATHA DOS SANTOS PINHEIRO 21/11/1991
14-Telefone: (31) 83099580
15-Nome do Titular do plano: DAVID JONATHA DOS SANTOS PINHEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
18-Número no CRO: 44352
19-UF: MG
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 04798596412
22-Nome do Contratado Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO: 44352
24-UF: MG
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
27-Número no CRO: 44352
28-UF: MG
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento - Procedimentos Solicitados

20-Tabela	21-Código do Procedimento	22-Descrição	23-Dente/Região	24-Face	25-Qtd	26-Quantidade US	27-Valor	28-Franquia/Co-participação R$	29-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00		S	09/10/20		David Jonatha
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

42-Data Previsto Término do Tratamento: 09/10/20
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: 61,00
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 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: 09/10/20 BH
Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 09/10/20 BH
Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 09/10/20 Belo Horizonte
David Jonatha dos Santos Pinheiro

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 09/10/20 BH

LOPES ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73

Digitalizado com CamScanner