Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1889518
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 3414	3-Data de Emissão da Guia: 20/05/24	4-Data de Autorização: 22/05/24	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 12505530	7-Data Validade da Senha: 18/08/24

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 02025114206200001031	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RAFAEL OLIVEIRA CAMPOS 12/01/1987		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: IRANIR DE ALMEIDA DE OLIVEIRA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: MARCIA MARTINS PEREIRA	18-Número no CRO: 20672	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 17571768802	22-Nome do Contratado Executante: MARCIA MARTINS PEREIRA	23-Número no CRO: 20672	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MARCIA MARTINS PEREIRA		27-Número no CRO: 20672	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Dados do 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
00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/05/2024		Rafael
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	30/05/2024		Rafael
00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	30/05/2024		Rafael

43-Data 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	235,00	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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

50-Data, 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
30/05/2024 Marcia Martins Pereira Cirurgiã Dentista CRO-RJ 20672	30/05/2024 Rafael O. Campos	/ /	/ /