

OdontoLife[®]

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



382108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 2 3 / 0 9 / 2 0	4-Data de Autorização 2 9 / 0 9 / 2 0	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7900988	7-Data Validade da Senha 2 2 / 1 2 / 2 0
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---

Dados do Beneficiário		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
8-Número da Carteira 0 0 2 0 2 5 3 1 7 2 6 6 0 0 0 0 1 0 1					

13-Nome ALINE ANCANI DOS SANTOS MOREIRA	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano ALINE ANCANI DOS SANTOS MOREIRA
--	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante LEANDRO FAGUNDES FONSECA	18-Número no CRÓ 37583	19-UF MG	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 0 6 6 2 7 6 6 5 6 3 8	22-Nome do Contratado Executante LEANDRO FAGUNDES FONSECA	23-Número no CRO 37583	24-UF MG	25-Código CNES Enviar - RX (I) 82001286-48

26-Nome do Profissional Executante LEANDRO FAGUNDES FONSECA	27-Número no CRO 37583	28-UF MG	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-	0 0 8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	48		1	3 6 1 0 0	0,00			13/10/20		Alina
2-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	7 3 0 0	0,00			13/10/20		Alina
3-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	7 3 0 0	0,00			13/10/20		Alina
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término do Tratamento 21/12/20	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 5 0 7 0 0	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Todos os dentes foram removidos por este paciente nas placas 3 e 4	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 21/12/20 Dr. Leandro Fonseca	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 21/12/20 Dr. Leandro Fonseca	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 21/12/20 Aline Ancani	53-Data, local e Carimbo da Empresa 21/12/20 NUCLEODONTIA
---	---	---	--	--

NUCLEODONTIA
Av. Augusto de Lima, 479/60
Centro-E.Hte. CEP 30.190-000
Tel: 3271-1282 3271-1782