OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 463951
INTERCÂMBIO

gistro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 27/01/21	4-Data de Autorização 04/02/21	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8242674	7-Data Validade da Senha 27/04/21

s do Beneficiário

mero da Carteira 0202534933700000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
ome HRISTIAN LEDESMA LOPEZ 26/05/2000		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano CHRISTIAN LEDESMA LOPEZ	

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

tendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	18-Número no CRO 1750	19-UF MS	20-Código CBO S
ódigo na Operadora / CNPJ / CPF 4154419668	22-Nome do Contratado Executante CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	23-Número no CRO 1750	24-UF MS	25-Código CNES
ome do Profissional Executante ARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF		27-Número no CRO 1750	28-UF MS	29-Código CBO S

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000421-
(I) 81000421- (I) 85100200
(I) 81000421- (I) 85100200

o de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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	81001042 1	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	27/01/21		
00	81001042 1	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	27/01/21		
00	81001042 1	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	27/01/21		
00	81001042 1	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	05/02/21		
00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73,00	0,00		S	9		
00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73,00	0,00		S			
00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73,00	0,00		S	05/02/21		
00	82008075	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73,00	0,00		S	04/02/21		
00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	16	MO	1	88,00	0,00		S	04/02/21		
00	85102002 0	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00					

ata 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 524,00	47-Valor Total R$ 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R$

aro, 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 rato. 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 valo entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Dr. Carlos Eduardo F. Maluf
CRO 1750 - 741.544.[illegible]
CNES [illegible]

bservação

ata, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 04/02/2021	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 04/02/2021	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/02/2021 Christian Ledesma Lopez	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /