OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331759
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 30/06/20
4-Data de Autorização: 01/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7672144
7-Data Validade da Senha: 28/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205299157000001 03
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANA CLARA REIS RODRIGUES 15/09/2003
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: RENATA REIS DE OLIVEIRA RODRIGUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ODONTODOC
18-Número no CRO: 43418
19-UF: MG
20-Código CBO S: 09

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10679177647
22-Nome do Contratado Executante: DANIEL FELIPE NUNES
23-Número no CRO: 43418
24-UF: MG
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: DANIEL FELIPE NUNES
27-Número no CRO: 43418
28-UF: MG
29-Código CBO S:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código de 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-	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	02/07/2020		Renata Reis
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de Tratamento: 02/07/2020
44-Tipo de Atendimento: 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: T 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 14,00
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 as custas previstas 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 assine 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 Solicitante: 02/07/2020
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 02/07/2020 Daniel Felipe Nunes CRO-MG: 43.418
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/07/20 Renata Reis
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 02/07/20 ODONTODOC LTDA CNPJ: 19.366.406/0001-94