OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

419238
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	0057157	13/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202537474800000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAYLANE DA ROCHA ROQUE 29/05/1996	( ) -	RAYLANE DA ROCHA ROQUE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	VIVIANNE BATISTA DE AQUINO	8892	ES	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
12863315709	VIVIANNE BATISTA DE AQUINO	8892	ES	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
VIVIANNE BATISTA DE AQUINO	8892	ES	

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 da Realização	41-Visto da Guia (Operadora)
1-	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34	00	00	S	18/11/20	x Raylane
2-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	18/11/20	x Raylane
3-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	18/11/20	x Raylane
4-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	18/11/20	x Raylane
5-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	18/11/20	x Raylane
6-										/ /	
7-										/ /	
8-										/ /	
9-										/ /	
10										/ /	
11										/ /	
12										/ /	
13										/ /	
14										/ /	
15										/ /	

43-Data Prevista 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	174 00	00 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 este 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/11/20 VBAquino	18/11/20 VBAquino	18/11/20 x Raylane da Rocha	18/11/20 Dra. Vivianne Aquino Cirurgiã-Dentista CRO-ES 8892

Digitalizado com CamScanner