OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

410930
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/11/20	09/11/20	AUTORIZADO	8019963	02/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202532581500001011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIANA VICTOR POMPEU NEVES 06/11/1973	( )	LUCIANA VICTOR POMPEU NEVES

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	ALICE DE LACERDA MARQUES	18211	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
49795422634	ALICE DE LACERDA MARQUES	18211	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALICE DE LACERDA MARQUES	18211	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200 (I) 85100200

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	00	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA ANTER	15	DOM	1	122,00	0,00		S	/ /		Luciana
2	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	09/11/20		Luciana
3	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OP	1	88,00	0,00		S	09/11/20		Luciana
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	09/11/20		Luciana
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VP	1	88,00	0,00		S	09/11/20		Luciana
6	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	22	VM	1	88,00	0,00		S	09/11/20		Luciana
7	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	/ /		Luciana
8	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	/ /		Luciana
9	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	34	OM	1	88,00	0,00		S	/ /		Luciana
10	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	33	VM	1	88,00	0,00		S	/ /		Luciana
11	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA CANC	47	O	1	61,00	0,00		S	/ /		Luciana
12	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	43	V	1	61,00	0,00		S	13/11/20		Luciana
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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$
13/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	955,00	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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Imagens analisadas. Foi solicitado cancelamento procedimentos dente 15 e 47 por conta diagnostico pós analise radiografica clinica

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
13/11/20 Alice de Lacerda Marques	13/11/20 Alice de Lacerda Marques	13/11/20 Luciana Victor Pompeu Neves	/ /