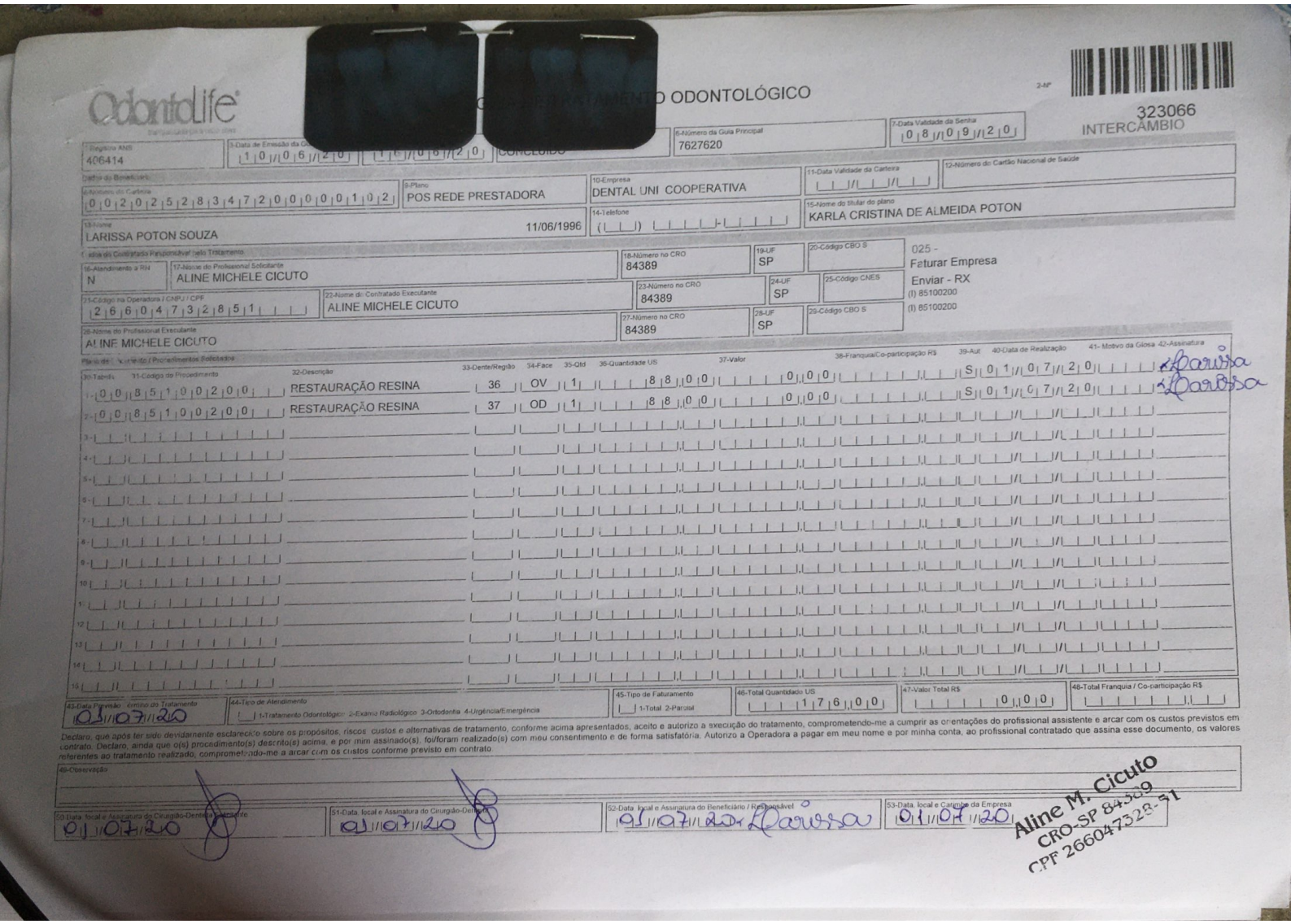

OdontoLife

# TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 323066 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 10/06/20
4-Data de Autorização: 11/06/20
5-Número da Guia Principal: CONCEDIDO
6-Número da Guia Principal: 7627620
7-Data Validade da Senha: 08/09/20

Dados do Beneficiário
8-Número da Carteira: 02025283471200000102
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LARISSA POTON SOUZA — 11/06/1996
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: KARLA CRISTINA DE ALMEIDA POTON

Dados do Contratado Executante/Solicitante/Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ALINE MICHELE CICUTO
18-Número no CRO: 84389
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 26604732831
22-Nome do Contratado Executante: ALINE MICHELE CICUTO
23-Número no CRO: 84389
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ALINE MICHELE CICUTO
27-Número no CRO: 84389
28-UF: SP
29-Código CBO S:

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

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 de Realização | 41- Motivo da Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 00858102 00 | RESTAURAÇÃO RESINA | 36 | OV | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 01/07/20 | | Larissa |
| 2 | 00858102 00 | RESTAURAÇÃO RESINA | 37 | OD | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 01/07/20 | | Larissa |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão Término do Tratamento: 03/07/20
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: 176,00
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 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:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 01/07/20
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 01/07/20
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 01/07/20 Larissa
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 01/07/20

Aline M. Cicuto
CRO-SP 84389
CPF 26604732831

Scanned with CamScanner