

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-º



396439

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 15/10/20	4-Data de Autorização 21/10/20	5-Serinha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7960988	7-Data Validade da Serinha 13/01/21
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202527843500000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número da Carteira Nacional de Saúde	
13-Nome LUCINALDO DE SOUZA RODRIGUES		14-Telefone 10/09/1977	15-Nome do titular do plano LUCINALDO DE SOUZA RODRIGUES		

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante JOSE EDUARDO DE MELLO	18-Número no CRO 55092	19-UF SP	20-Código CBO S
21-Código na Operadora / CNPJ / CEP 16421958800	22-Nome do Contratado Executante JOSE EDUARDO DE MELLO	23-Número no CRO 55092	24-UF SP	25-Código CNEG
26-Nome do Profissional Executante JOSE EDUARDO DE MELLO		27-Número no CRO 55092	28-UF SP	29-Código CBO S

Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Densin/Região	34-Peça	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aur	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00810000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		
2	00851000186	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
3	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	P	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
4	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
5	00851000196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61,00	0,00		S	21/10/20		
6	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	13/01/21		
7	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	13/01/21		
8	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	13/01/21		
9	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	13/01/21		
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data de Emissão da Guia 13/01/2021	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 422,00	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.

49-Observação	50-Data, Local e Assinatura do Contratado Responsável pelo Tratamento 13/01/2021	51-Data, Local e Assinatura do Profissional Solicitante 13/01/2021	52-Data, Local e Assinatura do Profissional Executante 13/01/2021	53-Data, Local e Carimbo da Empresa
---------------	---	---	--	-------------------------------------