OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

326982
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	2-Data de Emissão da Guia: 19/06/20	4-Data de Autorização: 24/06/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7646596	7-Data Validade da Senha: 17/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira: 002025292473000001022	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: THAMIRES DA SILVA COSTA 12/10/1999	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: IDER SANTANA DA SILVA		

GUIA CONCLUÍDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO: 563	19-UF: AP	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 93689413253	22-Nome do Contratado Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO: 563	24-UF: AP	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO		27-Número no CRO: 563	28-UF: AP	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(5) 82081294-48

GUIA 0002

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 de Glosa	42-Alternativa
1-	0	08020124	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186	00	000	S	24/06/20		Thamires
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Prevista Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 186	47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a autorizo a execução do tratamento, comprometendo-me a cumprir as orientações dos profissionais assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que s(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: 24/06/20	51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista:	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 24/06/20	53-Data, local e carimbo da Empresa:

Thamires da Silva Costa