OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 362714
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	24/08/20	27/08/20	AUTORIZADO	7815053	22/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531464350000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JESSICA BIANCA LAMP FERRARI 12/06/1992	( ) -	JESSICA BIANCA LAMP FERRARI

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	BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	26161	RS	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
84576531709 1	BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	26161	RS	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BRUNA DA SILVA OLIVEIRA	26161	RS	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85300039-011 (I) 85300039-014
(I) 85300039-012
(I) 85300039-013

13,20
(4X)

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 -	00853009391	RASPAGEM SUB-	HASD		1	44,00	0,00		S	27/08/20		
2 -	00853009391	RASPAGEM SUB-	HASE		1	44,00	0,00		S	27/08/20		
3 -	00853009391	RASPAGEM SUB-	HAIE		1	44,00	0,00		S	27/08/20		
4 -	00853009391	RASPAGEM SUB-	HAID		1	44,00	0,00		S	27/08/20		
5 -										/ /		
6 -										/ /		
7 -										/ /		
8 -										/ /		
9 -										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	176,00	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

. O procedimento (85300039) raspagem subgengival, necessita do preenchimento do periograma (formulário disponível no site - aba plano de tratamento) e RX inicial que deve ser anexado no sistema para o pagamento.

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
27/08/2020	27/08/2020 Bruna Oliveira Cirurgiã Dentista CRO/RS 26161	27/08/20 Jessica Bianca Lamp Ferrari	/ /