OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 281362
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	03/02/20	02/03/20	AUTORIZADO	7370577	03/05/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00252589230000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDERSON FERREIRA DA SILVA 02/09/1978	(11) 5938-1139	ANDERSON FERREIRA DA SILVA

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	NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	30136	SP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04450751809	NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	30136	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NORA CLAROS BAUTISTA PATINO	30136	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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 -	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	02/03/20		
2 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
3 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
4 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
5 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	13	P	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
6 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
7 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
8 -	00852000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88,00	0,00		S	31/03/20		
9 -	00851096	RESTAURAÇÃO RESINA	23	P	1	61,00	0,00		S	31/03/20		
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	549,00	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

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
31/03/20 x	31/03/20 x	31/03/20 x	/ /