OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1508871
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	28/06/23	28/06/23	AUTORIZADO	11381920	26/09/23

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202556297700000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS ILDEBERTO PAULINO DA SILVA 16/07/1975	( ) -	CARLOS ILDEBERTO PAULINO 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	CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS	140453	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9145400001601	SOMANDO SORRISOS ODONTOLOGIA	140453	SP	4103335

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CAUANE RUVOLO EGIDIO DOS SANTOS	140453	SP	

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-Número da Guia	42-Assinatura
1 -	00820859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	28/06/23		
2 -										/ /		
3 -										/ /		
4 -										/ /		
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	73,00	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
28/06/23 SP	28/06/23 SP	28/06/23	28/06/23 SP

Dra. Cauane Ruvolo Egidio dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO-SP 140.453

Digitalizado com CamScanner