OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

335108
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 07/07/20
4-Data de Autorização: 08/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número de Guia Principal: 7686524
7-Data Validade da Senha: 05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00202532595460000101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade do Cartão:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
2-Nome: ALINE SUELEN DE SOUZA COUTINHO 23/06/1987
14-Telefone:
15-Nome do Titular do plano: ALINE SUELEN DE SOUZA COUTINHO

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Credenciado a Rh: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
18-Número no CRO: 563
19-UF: AP
20-Código CBO S:
21-Código no Conselho / CNPJ / CPF: 03691325353
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

GUIA 3 08/07/20

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-Assinatura do Cirurgião-Dentista	42-Assinatura
1	00841001989	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	08/07/20		Aline
2	00841001989	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	08/07/20		Aline
3	00841001989	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	08/07/20		Aline
4	00841001989	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	08/07/20		Aline
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Prevista Término de 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: 140
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 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(ram) 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, Assinatura do Cirurgião-Dentista: 08/07/20
51-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista:
52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável: 08/07/20
53-Data, Assinatura e Carimbo da Empresa:

Aline Suelen De Souza Coutinho