

OdontLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2.º



1-Registro AINS
406414

3-Data de Emissão da Guia
10/03/10 09/12/10

4-Data de Autorização
10/08/10 09/12/10

5-Será
AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal
7847603

7-Data Validade da Guia
10/12/11 12/12/10

369741

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira
10/02/02 5308274000011011

9-Plano
POS REDE PRESTADORA

10-Empresa
DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira
11/11/11

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome
ELISON DA COSTA SILVA

13/11/1995

14-Telefone
() -

15-Nome do Titular do plano
ELISON DA COSTA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

17-Nome do Profissional Solicitante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

18-Número no CRO
39372

19-UF
MG

20-Código CBO S

Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF
106312468607

22-Nome do Contratado Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

23-Número no CRO
39372

24-UF
MG

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante
ANA CAROLINA GUIMARAES DIAS

27-Número no CRO
39372

28-UF
MG

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1 Adição	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Fraco	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Guisa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	0	1	61,00	0,00	511010312010			Xeluser
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsto Término do Tratamento
11/10/03/20

44-Tipo de Atendimento
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência Emergência

45-Tipo de Faturamento
1-1-Total 2-Parcela

46-Total Quantidade US
61,00

47-Valor Total R\$
0,00

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(foram realizado(s)) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a prestadora 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
11/01/03/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista
11/01/03/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável
11/01/03/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa
CRO-MG 39372

Ana Carolina Dias
Ortodontia