OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

338521
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	6-Data Validade da Senha
406414	13/07/20	21/07/20	AUTORIZADO	7701578	11/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203070870000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADRIANY LILLIAM GALENO BARRETO 24/03/1997	( )	ADRIANY LILLIAM GALENO BARRETO

CONCLUÍDA

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	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0389413253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(5) 82301294-38
(5) 82301294-48

GUIA 01/10/20

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UO	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1- 00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	21/07/20		Adriany
2- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	21/07/20		Adriany
3- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	21/07/20		Adriany
4- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	21/07/20		Adriany
5- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	21/07/20		Adriany
6- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00	00	S	21/07/20		Adriany
7- 00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	28		1	73	00	00	S	21/07/20		Adriany
8- 00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	73	00	00	S	21/07/20		Adriany
9- 00	82000194	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186	00	00	S	21/07/20		Adriany
10- 00	82000194	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186	00	00	S	21/07/20		Adriany
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UO	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	753 00	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	51-Data local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/07/20		21/07/20 Adriany Lillian Galeno Barreto	

Dra. Alessandra Brito Lobato
Cirurgiã-Dentista
Ortodontista
CRO-AP 563