Edilleia Ap. de Oliveira

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

405077
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
414	26/10/20	27/10/20	AUTORIZADO	7996310	24/01/21

Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202531962900000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EIA APARECIDA DE OLIVEIRA	10/10/1972	( ) -	EDILEIA APARECIDA DE OLIVEIRA

Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	33091	MG	04

025 -
Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
38450536822	GUILHERME MATOSO DE FARIA	33091	MG	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
.HERME MATOSO DE FARIA	33091	MG	

Tratamento / Procedimentos Solicitados

Data	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 da Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/2020		Edileia
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		

42-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$
27/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

, 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 . 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 tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

rvação

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
/ /	/ /	27/10/20 Edileia Ap. Oliveira	/ /

Guilherme Matoso de Faria
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 33091