OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

472405
INTERCÂMBIO

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	08/02/21	08/02/21	AUTORIZADO	8279189	09/05/21

dos do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253514500000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUIZ VITOR GONCALVES FREITAS 05/11/1997	( ) 8415-4719	CLAUDIA GONCALVES PEREIRA

dos 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	CELIO DORIEDES GOMES SOARES	1852	TO	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
8510191514 9	CELIO DORIEDES GOMES SOARES	1852	TO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CELIO DORIEDES GOMES SOARES	1852	TO	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-18 (I) 82001294-48
(I) 82001294-38
(I) 82001294-28

ano 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- Motivo da Glosa	42-Assinatura
-	00810065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	10/02/21		
-	00820129 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	186,00	0,00		S	10/02/21		
-	00820129 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	186,00	0,00		S	10/02/21		
-	00820129 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	186,00	0,00		S	10/02/21		
-	00820129 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	186,00	0,00		S	10/02/21		
-										/ /		
-										/ /		
-										/ /		
-										/ /		
0										/ /		
1										/ /		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		

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	778,00	0,00	

eclaro, 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 ntrato. 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 ferentes 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
10/02/21	10/02/21	/ /	/ /

Luiz Vitor Goncalves Freitas