

Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Ru Snopet

V. 6752

240



1-Registro ANS 406414	3-Dia de Emissão da Guia 10/3/10 13/12/11	4-Data de Autenticação 10/4/10 13/12/11	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 8352174	7-Dia Validade da Guia 10/1/10 6/12/11	490082 INTERCÂMBIO
--------------------------	--	--	-----------------------	---------------------------------------	---	-----------------------

Dados do Beneficiário	8-Número da Carteira 1010210215311531700101011011	9-Último POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Dia Validade da Carteira 11/1/11 1/1/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---------------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------------------

13-Nome ANA PAULA TEIXEIRA DA SILVA	25/12/1983	14-Telefone () - - - - -	15-Nome do Titular no plano ANA PAULA TEIXEIRA DA SILVA
--	------------	------------------------------	--

Dados do Contratante Responsável pelo Tratamento	16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SK IMAGENS ODONTOLÓGICAS	18-Número no CRO 37075	19-UF RJ	20-Código CBO S 09	025 - Faturar Empresa Enviar - RX (01000421-RS)
--	--------------------------	---	---------------------------	-------------	-----------------------	--

21-Código na Operadora CNPJ / CPF 112214919179723111	22-Nome do Contratante Responsável GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA	23-Número no CRO 37075	24-UF RJ	25-Código CNES (01000421-RS)
---	--	---------------------------	-------------	---------------------------------

26-Nome do Profissional Emplacado GABRIEL ABDALA DE OLIVEIRA	37-Valor R\$	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut 40-Dia de Realização	41-Medico da Casa 42-Assinatura
---	-----------------	----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

30-1-Tratado	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Rancho	34-Faixa	35-Cid	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Dia de Realização	41-Medico da Casa 42-Assinatura
1-0	01810010421	RX PERIAPICAL	RIS	1	1	4,10,10	0,10,10	511191031021111111			
2-											
3-											
4-											
5-											
6-											
7-											
8-											
9-											
10-											
11-											
12-											
13-											
14-											
15-											

43-Dia Previsto Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Seguro	46-Total Quantitativo US	47-Valor Total R\$	48-Total Franchise / Co-participação R\$
1-1	1-1 Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-1 Total 2-Parcial	14,10,10	10,10,10	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 Cliente/Donatário Solidário 11/01/10 03/11/21	51-Data local e Assinatura do Cliente/Donatário 11/01/10 03/11/21	52-Data local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 11/01/10 03/11/21	53-Data local e Assinatura do Médico da Casa 11/11/11 11/11/11
---------------	--	--	---	---