OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

385893
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	29/09/20	01/10/20	AUTORIZADO	7917335	28/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 1 9 3 2 1 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
CLAUDINEIDE ROSA DA SILVA 09/10/1985	( ) -	CLAUDINEIDE ROSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Executante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOLIFE LTDA	38839	MG	06

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 8 6 2 6 3 2 9 6 0 1	ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-14
(I) 81000421-

Plano 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
1-	00852006	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	258,00	0,00		S	05/10/2020		Claudineide
2-	00810042 1	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00		S	05/10/2020		Claudineide
3-										/ /		
4-										/ /		
5-										/ /		
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

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$
05/10/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	272,00	0,00	

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
: Favor anexar rx inicial e final para pagamento

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/10/20 Ana Patrícia 5 F. Marques	05/10/20	05/10/20 Claudineide Rosa da Silva	05/10/20

Ana Patrícia S. F. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 38839