OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 429374 INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 27/11/20
4-Data de Autorização: 18/12/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8096500
7-Data Validade da Senha: 25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00202533349960000105
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ANNA BIATRIZ DOS SANTOS MADEIRA 13/02/2004
14-Telefone:
15-Nome do titular do plano: NUBIA REGINA DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO
18-Número no CRO: 5460
19-UF: AM
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 30929415272
22-Nome do Contratado Executante: ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO
23-Número no CRO: 5460
24-UF: AM
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO
27-Número no CRO: 5460
28-UF: AM
29-Código CBO S:

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/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00804001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350		000	S	18 12 20		
2-	00804001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350		000	S	18 12 20		
3-	00804001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350		000	S	18 12 20		
4-	00804001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350		000	S	18 12 20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento:
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 1400
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Coparticipação R$:

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, o(por mim assinado(s), foi(ram) 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data/Hora e Assinatura do Profissional Executante: 18/12/20
51-Data/Hora e Assinatura do Profissional Solicitante: 18/12/20
52-Data/Hora e Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 18/12/20
53-Data/Hora e Assinatura do Representante da Operadora: 18/12/20

UNIVERSO ODONTO
Administradora
CRO-AM 183

P José Luiz S. Madeira