OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 414977

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 4064 4

3-Data de Emissão da Guia: 09/11/20

4-Data de Autorização: 11/11/20

5-Senha: AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal: 803 5879

7-Data Validade da Senha: 07/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 3 1 4 5 9 1 0 0 0 1 0 2

9-Plano: POS REDE PRESTADORA

10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira: / /

12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: HUGO CAMPOS SOUTO

Nascimento: 29/03/1996

14-Telefone: (31) 3324-6611

15-Nome do titular do plano: UGULINO RODRIGUES SOUTO NETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N

17-Nome do Profissional Solicitante: FABIOLA DULCE MONTEIRO

18-Número no CRO: 27085

19-UF: MG

20-Código CBO S:

025 - Fat rar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0 2 1 2 6 7 6 7 9

22-Nome do Contratado Executante: FABIOLA DULCE MONTEIRO

23-Número no CRO: 27085

24-UF: MG

25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: FABIOLA DULCE MONTEIRO

27-Número no CRO: 27085

28-UF: MG

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/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	0	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	12/11/20		X
2-	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAS D		1	36,00	0,00		S	12/11/20		X
3-	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAS E		1	36,00	0,00		S	12/11/20		X
4-	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAE		1	36,00	0,00		S	12/11/20		X
5-	0	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAD		1	36,00	0,00		S	12/11/20		X
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Revisão Término do Tratamento: 12/11/20

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: 1 7 8,00

47-Valor Total R$: 0,00

48-Total Franquia Co-participação 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, 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 o que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Fabíola Dulce Monteiro
CIRURGIÃ DENTISTA
CRO-MG: 27085

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 12/11/20

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 12/11/20

52-Data, Local, Assinatura do Beneficiário / Responsável: 12/11/20 X

53-Data, Local e Carimbo da Empresa: 12/11/20