OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

350987
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	04/08/20	06/08/20	AUTORIZADO	7760506	02/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203053704000000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA PAULA DE OLIVEIRA FERREIRA 09/11/1981		ANA PAULA DE OLIVEIRA FERREIRA

GUIA CONCLUIDA

Dados 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	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9389413253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

GUIA 06/10/20

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Sistema de Gengiva	42-Assinatura
1- 00	81000309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	000	S	06/08/20		Ana
2- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	000	S	06/08/20		Ana
3- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	000	S	06/08/20		Ana
4- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	000	S	06/08/20		Ana
5- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	000	S	06/08/20		Ana
6- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
7- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
8- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
9- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
10- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
11- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
12- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	00	000	S	06/08/20		Ana
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	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	61	000	

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 ressarcir os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data, local e assinatura do Profissional Solicitante	51-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e carimbo da Empresa
06/08/20		06/08/20	

Ana Paula de Oliveira Ferreira