OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

504261
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	19/03/21	24/03/21	CONCLUÍDO	8403740	17/06/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00253594160000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
THIAGO GONCALVES DE PAULA NOGUEIRA 22/08/1986	( ) -	THIAGO GONCALVES DE PAULA NOGUEIRA

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	BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	26-Código CNES
10063377855	BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BARBARA RIBEIRO LINHARES	48299	MG	

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	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/21		Thiago G
2	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	01/06/21		Thiago G
3	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	01/06/21		Thiago G
4	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	01/06/21		Thiago G
5	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	01/06/21		Thiago G
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-partidpação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
19/05/21	19/05/21	/ / Thiago G de Paula	/ /

Dra. Bárbara Ribeiro Linhares
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 48299