OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

347287
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	28/07/20	30/07/20	AUTORIZADO	7742764	26/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020252648850000010 3	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
ROBERTA RUFINO MIONE 19/06/1988	( )	LUIS HENRIQUE BLAZ FERREIRA

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	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5832900561 5	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

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-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340		000	S	12/08/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360		000	S	12/08/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360		000	S	12/08/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360		000	S	12/08/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360		000	S	12/08/20		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	610		000	S	12/08/20		
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 UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	2390	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 ele(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 este 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 Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	12/08/20	12/08/20 Roberta F. Mione	12/08/20 Marina Moreira Salvador Cirurgiã - Dentista CRO-RJ: 40774 Especialista Implantodontia

Digitalizado com CamScanner