OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 347204

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414

3-Data de Emissão da Guia: 28/07/20

4-Data de Autorização: 30/07/20

5-Senha: AUTORIZADO

6-Número da Guia Principal: 774223 0

7-Data Validade da Senha: 26/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253076590000010 1

9-Plano: POS REDE PRESTADORA

10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira: __/__/__

12-Número do Cartão Nacional de Saúde:

13-Nome: ROSENEY MARQUES

05/05/1972

14-Telefone: ( ) -

15-Nome do titular do plano: ROSENEY MARQUES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N

17-Nome do Profissional Solicitante: ODONTODOC

18-Número no CRO: 43418

19-UF: MG

20-Código CBO S: 09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 1067917647

22-Nome do Contratado Executante: DANIEL FELIPE NUNES

23-Número no CRO: 43418

24-UF: MG

25-Código CNES:

026 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

26-Nome do Profissional Executante: DANIEL FELIPE NUNES

27-Número no CRO: 43418

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
00	81004045	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	30/07/2020		

Data Previsão Término do Tratamento: 10/07/20

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: 78,00

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 guia. 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: __/__/__

51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 30/07/20

52-Data, Local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30/07/20

53-Data, Local e Carimbo da Empresa: 30/07/20

Daniel Felipe Nunes CRO-MG 43418

ODONTOLOGOS LTDA CNPJ 00.000.000/0001-94