Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353183
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	07/08/20	26/08/20	AUTORIZADO	7770783	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202531081600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAEL LIMA MIRANDA 10/12/1984	( )	RAFAEL LIMA MIRANDA

GUIA CONCLUÍDA

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
03891325353	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 53 07/10/20

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UE	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Número de Dias	42-Assinatura
1- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	26/08/20		
2- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	26/08/20		
3- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61	00	00	S	26/08/20		
4- 00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	15		1	73	00	00	S	26/08/20		
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UE	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	25600	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, Carimbo e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, Carimbo e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, Carimbo e Assinatura da Empresa
26/08/2020	26/08/2020	

Rafael Lima Miranda