OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 470827
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 05/02/21
4-Data de Autorização: 05/02/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8272188
7-Data Validade da Senha: 06/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025323130000101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: GISLAINE DIAS DOS SANTOS 17/01/1989
14-Telefone: (31) 98017-9732
15-Nome do titular do plano: GISLAINE DIAS DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
18-Número no CRO: 44352
19-UF: MG
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(IF) 85200140-25

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 0479851964 2
22-Nome do Contratado Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO: 44352
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
27-Número no CRO: 44352
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
1	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	11	PM	1	88,00	0,00		S	02/03/21		Gislaine Dias
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	02/03/21		Gislaine Dias
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61,00	0,00		S	02/03/21		Gislaine Dias
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	02/03/21		Gislaine Dias
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	02/03/21		Gislaine Dias
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	02/03/21		Gislaine Dias
7	00	85200140	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00	Comercial	S			
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: / /
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: 726,00
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 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: 02/03/21 BH
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 02/03/21 BH
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/03/21 BH Gislaine Dias dos Santos
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 02/03/21 BH

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

LOPES ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73

Digitalizado com CamScanner