OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353337
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-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	13/08/20	AUTORIZADO	7771334	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
0202530703900000001102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
LUIS PAULO BEZERRA DE PAULO 12/07/1968	( )	IANE CORDEIRO FERREIRA

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Requisitante/Executor 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	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9389413253	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	

325 - Faturar Empresa
Enviar - RX
01.08100000

GUIA EMITIDA 07/08/20

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 de Glosa	42-Assinatura
1	08100309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340		00	S	13/08/20		Luis
2	00840198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350		00	S	13/08/20		Luis
3	00840198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350		00	S	13/08/20		Luis
4	00840198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350		00	S	13/08/20		Luis
5	00840198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350		00	S	13/08/20		Luis
6	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	610		00	S	13/08/20		Luis
7	00851020	RESTAURAÇÃO RESINA	21	MD	1	880		00	S	13/08/20		Luis
8	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	23	M	1	610		00	S	13/08/20		Luis
9	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	610		00	S	13/08/20		Luis
10	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	610		00	S	13/08/20		Luis
11	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	610		00	S	13/08/20		Luis
12	00820859	EXODONTIA DE RAIZ	46		1	730		00	S	13/08/20		Luis
13	00820875	EXODONTIA SIMPLES DE	47		1	730		00	S	13/08/20		Luis
14	00820875	EXODONTIA SIMPLES DE	18		1	730		00	S	13/08/20		Luis
15												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia - Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	780	0,00	

Declaro, que sou ter sido devidamente esclarecido sobre diagnósticos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito a extração e 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) abaixo indicado(s), e por mim assinado(s), 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, conforme acordado e de acordo com os custos conforme previsto em contrato.

Observação
imagem anexada

50-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, Local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Carimbo e Assinatura do Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
13/08/20		13/08/20	

Luis Paulo B. Paulo