OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1610191

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	14/09/23	17/10/23	AUTORIZADO	11671921	13/12/23

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202557289400000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIELA MONTEIRO DE MELO SILVA 05/11/1990	( ) -	DANIELA MONTEIRO DE MELO SILVA

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	NATALIA DA SILVA SALLES	107270	SP	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200 (I) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
35852582001119	ESTACAO PRO ODONTO CLINICA ODONTOLOGICA	107270	SP	4273753

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NATALIA DA SILVA SALLES	107270	SP	

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	33	IV	1	88,00	0,00		S	17/10/23		Daniela
2-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VO	1	88,00	0,00		S	17/10/23		Daniela
3-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	42	VL	1	88,00	0,00		S	24/10/23		Daniela
4-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	43	VL	1	88,00	0,00		S	24/10/23		Daniela
5-											/ /		
6-											/ /		
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 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	352,00	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, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
17/10/23 Drª Natalia S. Salles Cirurgiã-Dentista CRO 107270	17/10/23 Drª Natalia S. Salles Cirurgiã-Dentista CRO	/ / Daniela m de m Silva	17/10/23