Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 488875
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 02/03/21
4-Data de Autorização: 02/03/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8347290
7-Data Validade da Senha: 31/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025353893800000101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RAQUEL DIAS DE ALVARENGA 16/05/1994
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: RAQUEL DIAS DE ALVARENGA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: FLAVIA CARDOSO PEREIRA
18-Número no CRO: 20497
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 02057710768
22-Nome do Contratado Executante: FLAVIA CARDOSO PEREIRA
23-Número no CRO: 20497
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: FLAVIA CARDOSO PEREIRA
27-Número no CRO: 20497
28-UF: RJ
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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00		0,00	S	02/03/2021		Raquel Dias de A. Custódio
2													
3													
4													
5													
6													
7													
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: 34,00
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:
Alterada a Guia de temporaria para definitiva.

Drª Arianne Borges C. Mendonça

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Responsável: 03/03/21 Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 48781
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 02/03/21 Drª Arianne Borges C. Mendonça Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 48781
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 02/03/21 Raquel Dias
53-Data, local e Carimbo da Empresa: ___/___/___