OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

651524
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 | 07/08/21 | 17/08/21 | AUTORIZADO | 8912117 | 05/11/21 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0 0 2 0 2 5 3 4 6 4 8 8 0 0 0 0 0 1 0 1 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| KARLA VALERIANO DE SOUZA 13/10/1993 | ( ) - | KARLA VALERIANO DE SOUZA |

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 | TATIANA SANTOS DE SOUZA BACKX | 45749 | RJ | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 0 9 1 0 3 0 9 4 7 7 4 | TATIANA SANTOS DE SOUZA BACKX | 45749 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| TATIANA SANTOS DE SOUZA BACKX | 45749 | RJ | |

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 | 81006065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 340 | 000 | | S | 18/08/21 | | |
| 2- | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 360 | 000 | | S | 18/08/21 | | |
| 3- | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 360 | 000 | | S | 18/08/21 | | |
| 4- | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 360 | 000 | | S | 18/08/21 | | |
| 5- | 00 | 85300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 360 | 000 | | S | 18/08/21 | | |
| 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 | 1780 | 000 | |

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, conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr Tatiana S. de Souza Backx
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 45.749

Dr Tatiana S. de Souza Backx
Cirurgiã Dentista
CRO/RJ 45.749

20.362.815/0001-40
DONELLE CENTRO DE
ESTÉTICA
Rua Coelho 1007
23020
NOVA IGUAÇU RJ

| 50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Executante | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Executante | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo do Executante |
|---|---|---|---|
| 18/08/21 Nova Iguaçu | 18/08/21 Nova Iguaçu | 18/08/21 Nova Iguaçu | 18/08/21 Nova Iguaçu |

Karla Valeriano de Souza.