OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 363200
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	25/08/20	28/08/20	AUTORIZADO	7817691	23/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025305136000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LEONICE DOS SANTOS 20/12/1983	( ) -	LEONICE DOS SANTOS

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	ALEXANDRE MARIA DO VALLE	12061	SC	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
04975694930	ALEXANDRE MARIA DO VALLE	12061	SC	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALEXANDRE MARIA DO VALLE	12061	SC	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	D	1	61,00	0,00		S	24/08/20		Leonice
2-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00		S	24/08/20		Leonice
3-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	M	1	61,00	0,00		S	24/08/20		Leonice
4-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61,00	0,00		S	24/08/20		Leonice
5-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00		S	13/08/20		Leonice
6-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	13/08/20		Leonice
7-	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	18	DO	1	88,00	0,00		S	31/08/20		Leonice
8-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	D	1	61,00	0,00		S	31/08/20		Leonice
9-	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	M	1	61,00	0,00		S	31/08/20		Leonice
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	576,00	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
. imagens analisadas

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
/ /	31/08/2017 Dr. Alexandre Do Valle CRO/SC 12061	31/08/20 Leonice	/ /