Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 Nº 441039
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/12/20	AUTORIZADO	8146213	15/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00240444000000014	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
EMMANUEL DA ROCHA FREITAS 30/11/1987	( ) -	RUTE CLAUDINO DOS SANTOS

Dados do Profissional Responsável pelo Tratamento

16-Sigla do Conselho	17-Nome do Profissional	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
11	SILKY ODONTOLOGIA E SAUDE	11569	PE	06

21-Código do Contratado Executante	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
2540890400	RENATA GONCALVES DE MORAIS	11569	PE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RENATA GONCALVES DE MORAIS	11569	PE	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimento Solicitado

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	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
2	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
3	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	15/12/20		
4	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		
5	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		
6	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		
7	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		
8	00885100196	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		
9	00885100200	RESTAURAÇÃO RESINA	45	OD	1	88,00	0,00		S	18/12/20		
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

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
18/12/20 Dr.ª Renata G. Morais Cirurgiã - Dentista CRO - PE 11569	18/12/20 Dr.ª Renata G. Morais Cirurgiã - Dentista CRO - PE 11569	18/12/20 Emmanuel da Rocha Freitas	18/12/20

07.831.655/0001-66
Silky Odontologia e Saúde Ltda.
Av. Barreto de Menezes Nº 420 A
Prazeres - CEP: 54.310-310
Jaboatão dos Guararapes-PE