OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315615
INTERCÂMBIO

| gistro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 6414 | 21/05/20 | 26/05/20 | AUTORIZADO | 7582599 | 19/08/20 |

s do Beneficiário

| mero da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0202530103300000101 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA | | |

| ome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| CHELLE DO AMARAL CAMPANA 21/02/1981 | ( ) - | MICHELLE DO AMARAL CAMPANA |

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

| endimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| | DANIELI CAROLINI PALUDO | 29322 | PR | |

| ódigo na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 8939295959 | DANIELI CAROLINI PALUDO | 29322 | PR | |

| ome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| NIELI CAROLINI PALUDO | 29322 | PR | |

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| bela | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 0185102266 | RESTAURAÇÃO RESINA | 21 | VPMI | 1 | 122,00 | 0,00 | | S | 09/06/20 | | |
| 0 | 0185100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 | M | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |
| 0 | 0185100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 47 | O | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |
| 0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |
| 0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |
| 0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |
| 0 | 0185300047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36,00 | 0,00 | | S | 23/07/20 | | |

| a 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 23/07/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 388,00 | 0,00 | |

o, 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 e to. 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 valore ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

Dra. Danieli Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR: 29322

X Michelle do Amaral

| , 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 |
|---|---|---|---|
| 23/07/20 | 23/07/20 | 23/07/20 | 23/07/20 |