Odontlife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

447678
INTERCÂMBIO

Registro ANS: 4064414	Data de Emissão da Guia: 05/01/21	Data de Autorização: 06/01/21	Senha: AUTORIZADO	Número da Guia Principal: 8172587	Data Validade da Senha: 05/04/21

Dados do Beneficiário

Número do Cartão: 00202564648000001002	Plano: POS REDE PRESTADORA	Operadora: DENTAL UNI COOPERATIVA	Data Validade do Cartão:	Número do Cartão Nacional de Saúde:
Nome: CHARLLOTTE MARIA CESAR DE SOUZA 18/11/2015		Telefone: ( )	Nome do Pai ou da Mãe: JESSYCA DE SOUZA CESAR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN: NI	Nome do Profissional Solicitante: ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	Número no CRO: 5480	UF: AM	Código CBO-S:
Código no Conselho (CRM) / CPF: 30921941527 2	Nome do Contratado Executante: ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	Número no CRO: 5480	UF: AM	Código CNES:
Nome do Profissional Executante: ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO		Número no CRO: 5480	UF: AM	Código CBO-S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100226
(I) 85100226

Plano de Tratamento - Procedimentos Odontológicos

Item	Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Quantidade	Valor	Parcela Coparticipação R$	Qtd	Data de Execução	Nome do Grau de Auxílio
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
2	00	84000090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR			1	72	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
3	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	52	PMVI	1	122	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
4	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	61	VPIM	1	122	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
5	00	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	51	VPMD	1	122	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
6	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	54		1	49	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
7	00	84000074	APLICAÇÃO DE SELANTE DE	55		1	49	00	00	S	06/01/21	Jhenyffer
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Data Previsto Término do Tratamento:	Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Urgência/Emergência 3-Urgência 4-Urgência/Emergência	Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	Total Coparticipação R$: 57,00	Valor Glosa R$: 0,00	Total Franquia Coparticipação R$:

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os possíveis 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), foram realizados em mim, corretamente 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.

Observação:

Data por extenso da Assinatura do Cirurgião-Dentista: 06/01/2021	Data por extenso da Assinatura do Beneficiário ou Responsável: 06/01/2021	Data por extenso da Assinatura da Empresa: 06/01/2021	

Jhenyffer de Souza Cesar

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 183