OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 277904 INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
6414	28/01/20	03/02/20	AUTORIZADO	7353328	27/04/20

Dados do Beneficiário

Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025274480000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCILENE MARIA LOPES	23/02/1996	(31) 3598-5167	LUCILENE MARIA LOPES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Nascimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	TATYANA HERMOGENES COUTINHO	50765	MG	

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
06935465656	TATYANA HERMOGENES COUTINHO	50765	MG	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TATYANA HERMOGENES COUTINHO	50765	MG	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-12
(IF) 85200166-21

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	28/01/20		xlucilenelopes
00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	21		1	258,00	0,00		S			xlucilenelopes

Data Previsão Término do Tratamento: / /

44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US: 516,00

47-Valor Total R$: 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 pertinentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação
Favor anexar RX Inicial e Final para produção
O RX inicial e final foi inserido por PDF no sistema
O procedimento 00852001 66 foi cancelado no sistema.

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
28/01/20	28/01/20	28/01/20 xlucilenelopes	

Dra. Tatyana Hermógenes Coutinho
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 50765

Dra. Tatyana Hermógenes Coutinho
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 50765