OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 430923
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 30/11/20
4-Data de Autorização: 30/11/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8103215
7-Data Validade da Senha: 28/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205338818000010
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: CYNTIA PAULISTA DE FREITAS 09/09/1975
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: CYNTIA PAULISTA DE FREITAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: FLAVIA CARDOSO PEREIRA
18-Número no CRO: 2049[illegible]
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
025 - Faturar Em[illegible]esa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 02057710769
22-N[illegible] do Contratado Executante: F[illegible]VIA CARDOSO PEREIRA
23-N[illegible]ero no CRO: 2[illegible]97
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: FLAVIA CARDOSO PEREIRA
27-[illegible]o CRO: 20497
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	30/11/20		Cyntia
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-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: 34,00
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 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: 30/11/20 Dra. Larissa Martins Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49677 ODONTOLOGIA

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 30/11/20 Dra. Larissa Martins Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 49677 ODONTOLOGIA

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30/11/20 Cyntia Paulista de Freitas

53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /