OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

Nº 952543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 20/04/22
4-Data da Autorização: 20/04/22
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 9816353
7-Data Validade da Senha: 19/07/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020254734340630001101
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: LIDIA RAFAELA GREGORIO DA SILVA 20/10/1986
14-Telefone: ( ) ____-____
15-Nome do titular do plano: LIDIA RAFAELA GREGORIO DA SILVA

Dados do Contratado Requisitante pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MARIA APARECIDA DA ROCHA
18-Número no CRO: 34202
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 84532768763
22-Nome do Contratado Executante: MARIA APARECIDA DA ROCHA
23-Número no CRO: 34202
24-UF: SP
25-Código CNES:
026-Nome do Profissional Executante: MARIA APARECIDA DA ROCHA
27-Número no CRO: 34202
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código de Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade US | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Jul | 40-Data de Realização | 41-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 00805 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 340 | 00 | | S | | |
| 2 | 00805 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 360 | 00 | | S | | |
| 3 | 00805 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 360 | 00 | | S | | |
| 4 | 00805 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 360 | 00 | | S | | |
| 5 | 00805 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 360 | 00 | | S | | |
| 6 | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | |

43-Data Prevista 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: 1780
47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: ___/___/___
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Executante: ___/___/___
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: ___/___/___
53-Carimbo da Empresa: ___/___/___