Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 484377
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	24/02/21	25/02/21	AUTORIZADO	8328877	25/05/21

s do Beneficiário

mero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025351272000001 03	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

ome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ARIA CLARA FRANCA SENA 07/01/2008	( ) -	CLAUDIA FRANCA DA ROSA

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

tendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	

025 -
Faturar Empresa

ódigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
14154419668	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	

ome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	

o de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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
	00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/02/21		Claudi
	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/02/21		Claudi
	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/02/21		Claudi
	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/02/21		Claudi
	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/02/21		Claudi

ata 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$
25/02/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	0,00	

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

bservação

Dr. Carlos Eduardo F. Maluf
CRO 1750 - 741.544.891-68
CNES 6117954

ata, 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
25/02/21	25/02/21	25/02/21 Claudia Franca da Rosa.	/ /