

Odontolife

tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



287086
INTERCAMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 12/10/2012	4-Data de Autorização 05/10/2012	5-Será AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7403275	7-Data Validade da Seria 12/10/2012
--------------------------	---	-------------------------------------	----------------------	---------------------------------------	--

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 00202527362400000101	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome VANEIDE FERREIRA SILVA		14-Telefone (61) 955015046	15-Nome do titular do plano VANEIDE FERREIRA SILVA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante SANDRA BARBOSA GOIS	18-Número no CRO 8115	19-UF DF	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 95616942120	22-Nome do Contratado Executante SANDRA BARBOSA GOIS	23-Número no CRO 8115	24-UF DF	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante SANDRA BARBOSA GOIS		27-Número no CRO 8115	28-UF DF	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	0081000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			10/03/2012		Vaneide
2	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00			10/03/2012		Vaneide
3	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00			10/03/2012		Vaneide
4	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00			10/03/2012		Vaneide
5	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00			10/03/2012		Vaneide
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 10/03/2012	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 178,00	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 10/03/2012	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 10/03/2012	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 10/03/2012 Vaneide	53-Data, local e Carimbo da Empresa 10/03/2012
---	---	---	---

Clinica Dentária Dent S&P Ltda - ME
CNPJ: 22.762.255/0001-10