OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381563
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
406414	23/09/20	28/09/20	AUTORIZADO	7898723	22/12/20

dos do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 1 8 0 4 4 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JAKSON TEIXEIRA DE SOUZA 07/05/1989	( ) -	JAKSON TEIXEIRA DE SOUZA

dos do Contratado Responsável pelo Tratamento

-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	JACIEL DE SOUZA	29423	SP	

-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3 3 9 5 9 0 9 9 6 4 9	JACIEL DE SOUZA	29423	SP	

-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ACIEL DE SOUZA	29423	SP	

025 -
Faturar Empresa

no 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
	00820085 9	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	30/10/20		Jakson
	00820085 9	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00		S	06/10/20		Jakson

Data 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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	146,00	0,00	,

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

Observação

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
30/10/20 Dr. Jaciel de Souza Cirurgião Dentista CRO SP 29423	/ /	30/10/20 Jakson	/ /