OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 400811

INTERCÂMBIO

1-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	21/10/20	22/10/20	AUTORIZADO	7978713	19/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025319321000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
CLAUDINEIDE ROSA DA SILVA 09/10/1985	( ) -	CLAUDINEIDE ROSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOLIFE LTDA	38839	MG	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08626329601	ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	23/10/2020		claudineide
2 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	23/10/2020		claudineide
3 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	23/10/2020		claudineide
4 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	23/10/2020		claudineide
5 - 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	23/10/2020		claudineide
6 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	/ /		claudineide
7 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61,00	0,00		S	/ /		claudineide
8 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	/ /		claudineide
9 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	/ /		claudineide
10 - 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	0,00		S	/ /		claudineide
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista 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	510,00	0,00	

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 assine 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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ / Ana Patrícia S. F. Marques	/ / Ana Patrícia S. F. Marques	/ / claudineide R. Silva	/ /

Ana Patrícia S. F. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 38839