OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 625396 INTERCÂMB O

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 19/07/21
4-Data da Autorização: 10/08/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8832170
7-Data Validade da Senha: 17/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253984330000001 01
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: WAGNER MENDES DA SILVA 26/06/1997
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: WAGNER MENDES DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: INGRID CAROLINE CARNEIRO DE LIMA
18-Número no CRO: 15997
19-UF: GO
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 03874395103
22-Nome do Contratado Executante: INGRID CAROLINE CARNEIRO DE LIMA
23-Número no CRO: 15997
24-UF: GO
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: INGRID CAROLINE CARNEIRO DE LIMA
27-Número no CRO: 15997
28-UF: GO
29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
2	00	82008599	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	73,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
3	00	82008599	EXODONTIA DE RAIZ	17		1	73,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
4	00	82008599	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
5	00	82008599	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	M	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	I	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
9	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	M	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
10	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	27	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
11	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OV	1	88,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
12	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	I	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
13	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
14	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	22	I	1	61,00	0,00	0,00	S	10/09/21		Wagner
15													

43-Data Previsão 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: 929,00
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:

Dr.ª Ingrid Caroline Carneiro
Cirurgião Dentista
CRO/GO 15997

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 10/09/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 10/09/21 Wagner Mendes da Silva
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: __/__/__
53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__

odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 625484

INTERCÂMB O

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	19/07/21	10/08/21	AUTORIZADO	8832225	17/10/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020539843300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
WAGNER MENDES DA SILVA 26/06/1997	( ) -	WAGNER MENDES 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	INGRID CAROLINE CARNEIRO DE LIMA	15997	GO	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03874395103	INGRID CAROLINE CARNEIRO DE LIMA	15997	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
INGRID CAROLINE CARNEIRO DE LIMA	15997	GO	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (IF) 85200115-13
(I) 85100200
(I) 85100200

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	23	I	1	61	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OM	1	88	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
5	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OM	1	88	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	I	1	61	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
7	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
8	00	85200115	RETRATAMENTO	13		1	385	00	0,00	S	10/09/21		Wagnn
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-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	8930	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 assina esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Drª Ingrid Caroline Carneiro
Cirurgião Dentista
CRO/GO 15997

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
10/09/21	10/09/21 Wagnn Mendes da Silva	/ /	/ /