OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

456347
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	406414
3-Data de Emissão da Guia	18/01/21
4-Data de Autorização	22/01/21
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	8206841
7-Data Validade da Senha	18/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	0020253012620000103
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome	RAFAELA AMARANTE ALMEIDA
14-Telefone	( )
15-Nome do titular do plano	DANILO SANTOS DE ALMEIDA

23/07/2014

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	N
17-Nome do Profissional Solicitante	LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL
18-Número no CRO	9234
19-UF	GO
20-Código CBO S	04
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	007056761110
22-Nome do Contratado Executante	MARCIA LUZ MARQUES
23-Número no CRO	9234
24-UF	GO
25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante	MARCIA LUZ MARQUES
27-Número no CRO	9234
28-UF	GO
29-Código CBO S	

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

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitado

	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	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	64	OD	1	88,00	0,00		S	22/01/21		Claudiane
2 -	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	65	OM	1	88,00	0,00		S	22/01/21		Claudiane
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

10.637.592/0001-00
LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA LTDA.
Rua S-6 Qd. S-27 Lt. 06 Nº 300
Setor Bela Vista
CEP: 74.823-470
Goiânia-GO

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	176,00
47-Valor Total R$	
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, 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	22/01/21
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	22/01/21
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	22/01/21 Claudiane Amarante
53-Data, local e Carimbo da Empresa	22/01/21