

Odontolife

Tratamento para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

24P



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 31/10/2022 4-Data de Autorização 31/10/2022 5-Série AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 9748540 7-Data Validade da Série 29/10/2022 929685 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário

8-Nome do Beneficiário 000202540870600000102

9-Plano POS REDE PRESTADORA

10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA

11-Data Validade da Carteira

12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome VIRGILIO CARVALHO

26/06/1945

14-Telefone

15-Nome do titular do plano RENATO OLIVER CARVALHO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RV 17-Nome do Profissional Solicitante IRAMARA FELIX PIRES

18-Número no CRO 72296 19-UF SP

20-Código CBO S

025 -

Faturar Empresa

Enviar - RX

(1) 85100200

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 22-Nome do Contratado Executante IRAMARA FELIX PIRES

23-Número no CRO 72296

24-UF SP

25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante IRAMARA FELIX PIRES

27-Número no CRO 72296

28-UF SP

29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	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 Causa	42-Assinatura
1-00	81000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA		1	1	34,00	0,00			20/04/22		
2-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD	1	1	36,00	0,00			20/04/22		
3-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE	1	1	36,00	0,00			20/04/22		
4-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID	1	1	36,00	0,00			20/04/22		
5-00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE	1	1	36,00	0,00			20/04/22		
6-00	85100020	RESTAURAÇÃO RESINA	35 OM	1	1	88,00	0,00			20/04/22		
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												

43-Data Prevista 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 266,00 47-Valor Total R\$ 10,00 48-Total Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 20/04/22 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 20/04/22 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Data, local e Carimbo da Empresa