OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

945026
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	13/04/22	13/04/22	AUTORIZADO	9795926	12/07/22

Dados do Beneficiário

8-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 6 8 5 3 2 0 0 0 0 0 1 0 5	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	__/__/__	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
MAYARA G F R DE SOUZA 18/12/1998	( ) -	ANA PAULA FERREIRA SEVERO 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	LUIS FREDERICO REIS NEVES	6587	DF	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 9 6 8 7 5 7 3 0 0 0 1 0 0	RIDERE ODONTOLOGIA LTDA	6587	DF	5993695

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIS FREDERICO REIS NEVES	6587	DF	

025 -
Fatura: Empresa
Enviar - RX
() 85100126
() 85100126

Plano de Tratamento / Procedimentos Executados

	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-	0	0 8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	ODMP	1	22,00	0,00		S			
2-	0	0 8 5 1 0 0 2 2 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODPM	1	22,00	0,00		S			
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
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	224,00	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__