OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

325787
INTERCÂMBIO

Registro ANS	Data de Emissão da Guia	Data de Autorização	Senha	Número da Guia Principal	Data Validade da Senha
406414	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7640750	15/09/20

Dados do Beneficiário

Número do Cartão	Plano	Empresa	Data Validade do Cartão	Número do Cartão Nacional de Saúde
00203203346000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome	Telefone	Nome do Titular do Plano
MARA SILVA DOS SANTOS 27/10/1995	( )	MARA SILVA DOS SANTOS

GUIA CONCLUÍDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	Nome do Profissional Solicitante	Número no CRO	UF	Código CBO-S
N	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

Código na Operadora / CNPJ / CPF	Nome do Contratado Executante	Número no CRO	UF	Código CNES
93894813253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

Nome do Profissional Executante	Número no CRO	UF	Código CBO-S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(3) 85100200
(3) 85100200
(3) 85100200

GUIA 01020

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Id. Tabela	Código do Procedimento	Descrição	Dente/Região	Face	Qtd	Qtd. Autorizada	Valor	Coparticipação R$	Aut.	Data da Realização	Motivo da Glosa	Assinatura
1	00810300	CONSULTA ODONTOLÓGICA ✓			1	1	34,00	0,00	S	18/06/20		Mara
2	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO ✓	HASD		1	1	35,00	0,00	S	18/06/20		Mara
3	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO ✓	HASE		1	1	35,00	0,00	S	18/06/20		Mara
4	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO ✓	HAIE		1	1	35,00	0,00	S	18/06/20		Mara
5	00840019 8	PROFILAXIA: POLIMENTO ✓	HAID		1	1	35,00	0,00	S	18/06/20		Mara
6	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA ✓	16	O	1	1	61,00	0,00	S	18/06/20		Mara
7	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA ✓	17	O	1	1	61,00	0,00	S	18/06/20		Mara
8	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	1	61,00	0,00	S	18/06/20		Mara
9	00851019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	1	61,00	0,00	S	18/06/20		Mara
10	00852000 0	RESTAURAÇÃO RESINA RX	36	OV	1	1	88,00	0,00	S	18/06/20		Mara
11	00852000 0	RESTAURAÇÃO RESINA RX	46	OV	1	1	88,00	0,00	S	18/06/20		Mara
12	00852000 0	RESTAURAÇÃO RESINA RX	47	VO	1	1	88,00	0,00	S	18/06/20		Mara
13	00830089 9	EXODONTIA SIMPLES DE ✓	53		1	1	73,00	0,00	S	18/06/20		Mara
14	00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE ✓	26		1	1	73,00	0,00	S	18/06/20		Mara
15												

Data Provável Término do Tratamento	Tipo de Atendimento	Tipo de Faturamento	Total Quantidade US	Valor Total R$	Total Franquia / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Consulta Radiológica 3-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	82,00	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(ram) 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.

Observação:

Data, local e assinatura do Profissional Executante	Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista	Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável	Data, local e carimbo da Empresa
18/06/20	/ /	18/06/20	/ /

Mara Silva dos Santos