OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

469672
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	04/02/21	08/02/21	AUTORIZADO	8266919	05/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253527230000010202	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
JEANNE CARVALHO PONTES 15/09/1976	( ) -	JOSE OSMIR PONTES

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	CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOLIFE LTDA	38839	MG	06

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08626329601	ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1- 00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S	16/02/21		
2- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360	000		S	16/02/21		
3- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360	000		S	16/02/21		
4- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360	000		S	16/02/21		
5- 00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360	000		S	16/02/21		
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 UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
16/02/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	178 00	000	

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 assine 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
16/02/21 Ana Patricia S. F. Marques	16/02/21 Ana Patricia S. F. Marques	16/02/21 Jeanne Carvalho Pontes	16/02/21

Ana Patricia S. F. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 38839