OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381432
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	23/09/20	30/09/20	AUTORIZADO	7898242	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202518640020 1	POS REDE PRESTADORA	UNITA COOPERATIVA CENTRAL	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANGELICA DEL SOCORRO FERMIN GOMEZ 02/11/1978	( ) -	ANGELICA DEL SOCORRO FERMIN GOMEZ

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	GUSTAVO HENRIQUE HIROSHI DO NASCIMENTO	24046	PR	

21-Codigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05335804980	GUSTAVO HENRIQUE HIROSHI DO NASCIMENTO	24046	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GUSTAVO HENRIQUE HIROSHI DO NASCIMENTO	24046	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RIS
(I) 85100200

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	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	81001065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	23/09/20		
2	00	82007587	EXODONTIA SIMPLES DE	12		1	73,00	0,00		S	23/09/20		
3	00	81004211	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	23/09/20		
4	00	85101961	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	61,00	0,00		S	30/09/20		
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	13	PM	1	88,00	0,00		S	09/10/20		
6	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
7	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
8	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
9	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	13/10/20		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data Previsão Termino 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	410,00	0,00	

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 e 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 valore 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
13/10/20 Gustavo H H do Nascimento	13/10/20 Gustavo H H do Nascimento	13/10/20	/ /

Gustavo H. H. do Nascimento
Cirurgião Dentista
CRO 24046

Digitalizada com CamScanner