Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

334280
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	04/07/20	09/07/20	AUTORIZADO	7682964	02/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203530565600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GISLENE COSTA PEREIRA 20/12/1972	( ) -	GISLENE COSTA PEREIRA

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	JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	114176	SP	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-27

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
31939238854	JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	114176	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOAO PAULO AVILA DE OLIVEIRA	114176	SP	

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		00852001518	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	27		1	530,00	0,00		S	cancelado		
2		00851001916	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61,00	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	594,00	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 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
. Favor anexar rx inicial e final para pagamento, com canais dissociados. Tratamento endodontico cancelado. dente com resposta positiva a testes termicos e de percussão

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
/ /	/ /	/ /	/ /

Dr. Paulo Avila de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO 114176

Dr. Paulo Avila de Oliveira
Cirurgião Dentista
CRO 114176