OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313426

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 14/05/20	4-Data de Autorização: / /	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 313426	7-Data Validade da Senha: 12/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020252444600001011	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MARIA SUELY DE FARIA 29/07/1954		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: MARIA SUELY DE FARIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: INSTITUTO MINEIRO DE ODONTOLOGIA E URGENCIAS LTDA	18-Número no CRO: 39384	19-UF: MG	20-Código CBO S: 01 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 07095301611	22-Nome do Contratado Executante: BIANCA BORGES DE OLIVEIRA	23-Número no CRO: 39384	24-UF: MG	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: BIANCA BORGES DE OLIVEIRA		27-Número no CRO: 39384	28-UF: MG	29-Código CBO S:

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	81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		N	14/05/20		Maria Suely
2 -	00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	22		1	8,00	0,00		N			
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 14/05/20	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 42,00	47-Valor Total R$: 0,00 / 48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: Trabalho protetico de 22 descolou Foi realizado a recimentação do mesmo

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 14/05/20 Gabriel P. C. Mendes Cirurgião-Dentista CRO-MG	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 14/05/20 Maria Suely	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 14/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 14/05/20