Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

420435
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	17/11/20	23/11/20	AUTORIZADO	8059457	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530526600000104	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOAO VITOR VALENTINO DE ARAUJO CHERMONT 21/11/2000	( ) -	MARIA IVANETE MONTEIRO CHERMONT

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	EBER COELHO PARAGUASSU	458	AP	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
75556762150	EBER COELHO PARAGUASSU	458	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
EBER COELHO PARAGUASSU	458	AP	

025 =
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-38
(I) 81000421-

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	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	360,00	0,00		S	02/12/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	360,00	0,00		S	02/12/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	360,00	0,00		S	02/12/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	360,00	0,00		S	02/12/20		
5	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	38		1	180,00	0,00		S	09/12/20		
6	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMIE		1	14,00	0,00		S	09/12/20		
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	3440,00	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

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
09/12/20	09/12/20	09/12/20 Maria Ivanete	/ /