

OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1*



322365
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 09/10/2011	4-Data de Autorização 16/10/2011	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7623810	7-Data Validade da Senha 07/10/2011
8-Data do Beneficiário 00202527911730000001014		9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELY EDUARDA VIEIRA SANTOS		14-Telefone 24/10/2011 (11) 2116-15008	15-Nome do titular do plano CAMILA DA SILVA VIEIRA		
16-Atendimento a RV N		17-Nome do Profissional Solicitante MARIANA GIORDANO PANICO	18-Número no CRO 123201	19-UF SP	20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 35526574873		22-Nome do Contratado Executante MARIANA GIORDANO PANICO	23-Número no CRO 123201	24-UF SP	25-Código CNES
26-Nome do Profissional Executante MARIANA GIORDANO PANICO		27-Número no CRO 123201	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0083000089	EXODONTIA SIMPLES DE	84	1	1	73,00	0,00			16/10/2011		Xleuz
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 16/10/2011	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 73,00	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(ram) 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 16/10/2011 Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgiã - Dentista CRO-SP 123201	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 16/10/2011 Dra. Mariana Giordano Panico Cirurgiã - Dentista CRO-SP 123201	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 16/10/2011 Xleuz	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	---	--