OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1608253
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 13/09/23
4-Data de Autorização: ___/___/___
5-Senha: AGUARDANDO TOKEN DO
6-Número da Guia Principal: 11666268
7-Data Validade da Senha: 12/12/23

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 002025499508000001 02
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: RITA DE CASSIA ARANHA NUCCI 02/08/1971
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: ANDRE LUIS NUCCI

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CLAUDIA DA SILVA BARBOSA
18-Número no CRO: 113614
19-UF: SP
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 445808850001 10
22-Nome do Contratado Executante: CSB SERVICOS DE ODONTOLOGIA LTDA
23-Número no CRO: 113614
24-UF: SP
25-Código CNES: 9999999
26-Nome do Profissional Executante: CLAUDIA DA SILVA BARBOSA
27-Número no CRO: 113614
28-UF: SP
29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(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		00852000 50	REMOÇÃO DE CORPO	34		1	222,00	0,00					
2		00851002 00	RESTAURAÇÃO RESINA	34	VM	1	88,00	0,00					
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: ___/___/___
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: 0,00
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:

50-Data, local e Assinatura da Cirurgião-Dentista Solicitante: 20/09/23 Dra. Claudia da Silva B. Cirurgiã Dentista CRO 113614
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: ___/___/___
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 20/09/23 Rita C. A. Nucci
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 20/09/23 Dra. Claudia da Silva B. Cirurgiã Dentista CRO 113614