OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 399391
INTERCÂMBIO

Registro ANS	36414
3-Data de Emissão da Guia	19/10/20
4-Data de Autorização	21/10/20
5-Senha	AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal	7972251
7-Data Validade da Senha	17/01/21
Dados do Beneficiário	
Número da Carteira	02025328384000001001
9-Plano	POS REDE PRESTADORA
10-Empresa	DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira	/ /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
Nome	IVANETE ALVES DOS SANTOS 28/11/1969
14-Telefone	( ) -
15-Nome do titular do plano	IVANETE ALVES DOS SANTOS
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento	
Atendimento a RN	
17-Nome do Profissional Solicitante	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF
18-Número no CRO	1750
19-UF	MS
20-Código CBO S	
Código na Operadora / CNPJ / CPF	74154419668
22-Nome do Contratado Executante	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF
23-Número no CRO	1750
24-UF	MS
25-Código CNES	
Nome do Profissional Executante	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF
27-Número no CRO	1750
28-UF	MS
29-Código CBO S	

025 -
Faturar Empresa

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	21/10/20		Ivanete
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Ivanete
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Ivanete
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Ivanete
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	21/10/20		Ivanete

43-Data Previsão Término do Tratamento: 21/10/20	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: 174,00	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.

Observação

Dr. Carlos Eduardo F. Maluf
CRO 1750 - 741.544.193-68
CRO/MS 6117953

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
21/10/20	21/10/20	21/10/20 Ivanete Alves dos Santos	