OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2ª Nº 529103

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 21/04/21
4-Data de Autorização: 21/04/21
5-Senha:
6-Número da Guia Principal:
7-Data Validade da Senha: __/__/__

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 2 4 7 4 1 5 2 0 0 0 0 2 0 1 3
9-Plano: Dental Elite
10-Empresa: Dental Uni
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: Cidalberto Antonio Da Silva
14-Telefone: (11) 98389 9998
15-Nome do Titular do plano: Cidalberto Antonio Da Silva

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO
18-Número no CRO: 71198
19-UF: SP
20-Código CBO 6: 025 -
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 2 6 9 9 1 6 7 9 8 3 6
22-Nome do Contratado Executante: MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO
23-Número no CRO: 71198
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MICHELE DOS SANTOS AZEVEDO
27-Número no CRO: 71198
28-UF: SP
29-Código CBO 6:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U5	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00	81007	CONSULTA ODONTLOGICA DE			1	34	00	00	N	21/04/21		
2	00	85200934	Tratamento em...	16							21/04/21		
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 U5: 34,00
47-Valor Total R$: 00,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: Duplite / Cobertura + curativo + medicação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 21/04/21 Dra. Michele S. Azevedo Cirurgiã Dentista CRO 71198

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/04/21 Dra. Michele S. Azevedo Cirurgiã Dentista CRO 71198

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/04/21 X

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 21/04/21

ODONTO NORTE 24 HORAS LTDA