OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

431153
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/12/20	04/12/20	AUTORIZADO	8104359	01/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202524448000001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA SUELY DE FARIA 29/07/1964	( )	MARIA SUELY DE FARIA

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	ODONTODOC	9461	MG	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
2323012665 3	GILBERTO ANTONIO SILVA	9461	MG	5012011

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GILBERTO ANTONIO SILVA	9461	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 81000421-RIS
(I) 81000421-
(I) 81000421-RPID

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	81000421	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14	00	0,00	S	07/12/20		
2	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	0,00	S	07/12/20		
3	00	81000421	RX PERIAPICAL	RPID		1	14	00	0,00	S	07/12/20		
4	00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14	00	0,00	S	07/12/20		
5													
6													
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$
04/12/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	56,00	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
04/12/20	/ /	04/12/20	04/12/20

ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS
E DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA LTDA.