OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 447518
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	05/01/21	05/01/21	AUTORIZADO	8172189	05/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025353572300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL 27/10/1967	( ) -	FRANCISCO ROBERTO MEDEIROS MACIEL

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	ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	8314	CE	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
65239903387	ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	8314	CE	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS	8314	CE	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-12

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-	00852006 16	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	05/01/21		
2-												
3-												
4-												
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	258,00	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 Operadora
05/01/21 Roberta Cunha	05/01/21 Roberta Cunha	05/01/21 Francisco Roberto medeiros maciel	05/01/21

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-CE 8314

Dra. Roberta C. Vasconcelos
CIRURGIÃO - DENTISTA
CRO-CE 8314

29.769.061/0002-0
ROBERTA CUNHA VASCONCELOS
R. Barão do Rio Branco, 1071 Sl: 3
Ed. Lobras Centro CEP: 60.025-06
Fortaleza - CE