OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

375421
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	15/09/20	17/09/20	AUTORIZADO	7671384	14/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	13-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530898100000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

12-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
PALOMA MONIK VIEIRA DOS SANTOS SOARES 26/01/2002	( ) -	PALOMA MONIK VIEIRA DOS SANTOS SOARES

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	CLINICA ODONTOLOGICA ORTHOLIFE LTDA	38839	MG	06

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	23-Nome do Contratado Executante	24-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0862632960 1	ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	38839	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(P) 85200158-26

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	Assinatura
1	00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533	00	00		19/09/2020		Paloma Monik
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 UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
19/09/2020	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência: 1	1-Total 2-Parcial: 1	533	000	

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 as custas previstas 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
19/09/20	19/09/20 Ana Patrícia S.F. Marques	19/09/20 Paloma Monik V. Dos Santos Soares	19/09/20

Ana Patrícia S. F. Marques
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 38839