OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 453637
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 14/01/21	4-Data de Autorização: 15/01/21	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8195317	7-Data Validade da Senha: 14/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253355370000102	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: NIVALDO RIBEIRO DOS SANTOS 26/12/1973		14-Telefone: (73) 9951-7480	15-Nome do titular do plano: ALESSANDRA SILVA CARDOSO	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: THIAGO MALBAR MOSCON	18-Número no CRO: 8005	19-UF: BA	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 08271618573 8	22-Nome do Contratado Executante: THIAGO MALBAR MOSCON	23-Número no CRO: 8005	24-UF: BA	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: THIAGO MALBAR MOSCON		27-Número no CRO: 8005	28-UF: BA	29-Código CBO S:

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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	15/01/2021		
2-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	15/01/2021		
3-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	15/01/2021		
4-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	15/01/2021		
5-	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00					
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 15/01/21	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.

49-Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 15/01/21	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 15/01/21	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 15/01/21	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /