OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353786
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	10/08/20	25/08/20	AUTORIZADO	7773193	08/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00203470700001021	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Mãe do paciente
CLAUDIO LUCAS SILVA DA SILVA 21/05/2004	( )	LILIAN ALVES DA SILVA

CONCLUÍDA

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	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa

GUIA 01/0020

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
93894613253	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

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 da Realização	41-Visto do Dentista/Carimbo
1	00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	000		S	25/08/20	Lilian
2	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	000		S	25/08/20	Lilian
3	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	000		S	25/08/20	Lilian
4	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	000		S	25/08/20	Lilian
5	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	000		S	25/08/20	Lilian
6	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	610	000		S	25/08/20	Lilian
7	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	610	000		S	25/08/20	Lilian
8	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	610	000		S	25/08/20	Lilian
9	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	610	000		S	25/08/20	Lilian
10	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	610	000		S	25/08/20	Lilian
11	00851019	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	610	000		S	25/08/20	Lilian
12	00820875	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	730	000		S	25/08/20	Lilian
13											
14											
15											

42-Data Inicial do Tratamento	43-Tipo de Atendimento	44-Tipo de Faturamento	45-Total Guia/Valor UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Urgência Odontológica 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6130	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os benefícios, 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, correspondente me a parte dos custos conforme previsto em contrato.

46-Observação

49-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	52-Data, local e Carimbo da Empresa
25/08/20		25/08/20	

Lilian Alves da Silva