OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353367
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 07/08/20	4-Data de Autorização: 26/08/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7771465	7-Data Validade da Senha: 05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0 0 2 0 2 5 3 1 0 5 6 4 0 0 0 0 0 1 0 1	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: GUIA
13-Nome: LUCIANA MONIQUE DE SOUZA TORRES 30/07/1992	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: LUCIANA MONIQUE DE SOUZA TORRES		CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pela Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Solicitante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	18-Número no CRO: 563	19-UF: AP	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3	22-Nome do Contratado Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	23-Número no CRO: 563	24-UF: AP	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO	27-Número no CRO: 563	28-UF: AP	29-Código CBO S:	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(11) 95195000

GUIA 01/10/20

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/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1- 0 0 8 1 0 0 0 0 3 0		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	26/08/20		Luciana
2- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0		S	26/08/20		Luciana
3- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	26/08/20		Luciana
4- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	26/08/20		Luciana
5- 0 0 8 4 0 0 0 1 9 8		PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0		S	26/08/20		Luciana
6- 0 0 8 5 1 0 0 2 0 0		RESTAURAÇÃO RESINA	24	OD	1	8 8 0 0	0 0 0		S	26/08/20		Luciana
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Guia/Valor UR: 2 6 2 0 0	47-Valor Total R$: 0 0 0	48-Total Franquia / Coparticipação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 foi(ram) por mim assinado(s), foi(ram) 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 ressarcir os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Imagem analisada

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 26/08/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista:	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 26/08/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa:

Luciana Monique de Souza Torres.