dentalife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

438010
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414 406414	09/12/20	20/01/21	AUTORIZADO	8133000	09/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202533832200001 01	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
INDIARA RODRIGUES ROSA DA SILVA 10/03/1998	( ) -	INDIARA RODRIGUES ROSA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Recém-Nascido	17-Nome da Pessoa Jurídica Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	
N	VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	33091	MG	04	025 - Faturar Empresa

21-Nome do Profissional Executante	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
03 4 0 3 8 2	GUILHERME MATOSO DE FARIA	33091	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GUILHERME MATOSO DE FARIA	33091	MG	

Tratamento Odontológico Realizado

30-Data	31-Dente/Região	32-Face	33-Qtd	34-Quantidade US	35-Valor	36-Franquia/Co-participação R$	37-Aut	38-Data de Realização	39-Motivo da Glosa	40-Assinatura
08 40 09 3	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD	1	35,00	0,00		S			Indiara
08 40 09 3	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE	1	35,00	0,00		S			Indiara
08 40 09 3	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE	1	35,00	0,00		S			Indiara
08 40 09 3	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID	1	35,00	0,00		S			Indiara

43-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	140,00	0,00	

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 ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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
/ /	/ /	Indiara Rodrigues / /	Guilherme Matoso de Faria CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 33091