OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 428336
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 26/11/20
4-Data de Autorização: 30/11/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8092272
7-Data Validade da Senha: 24/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 0020253365130000001 01
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JHONES TEODORO DE JESUS 01/01/1995
14-Telefone: (73) 9 8099-5249
15-Nome do titular do plano: JHONES TEODORO DE JESUS

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:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 08276185738
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:

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

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-	00852008	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	26		1	533,00	0,00		S	30/11/2020		
2-												
3-												
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento: 30/11/20

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: 533,00

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: 30/11/20

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 30/11/20

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 30/11/20

53-Data, local e Carimbo da Empresa: __/__/__