OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353415
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	6-Data Validade da Senha
406414	07/08/20	25/08/20	AUTORIZADO	7771674	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002021531094702000102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSIELSON COUTINHO RANGEL 04/08/1994	( )	THALMA SAMILA SILVA DOS SANTOS

GUIA CONCLUIDA

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
93894813253	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 de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00810030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	00,00		S	25/08/20		Thalma
2-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	350	00,00		S	25/08/20		Thalma
3-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	350	00,00		S	25/08/20		Thalma
4-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	350	00,00		S	25/08/20		Thalma
5-	00840019	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	350	00,00		S	25/08/20		Thalma
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Orientação 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1740	00,00	

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(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 reembolsar os 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	

Thalma Samila S. dos Santos