Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

430432
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	30/11/20	/ /	PENDENTE DE ATO	8101095	28/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253349960000101 05	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANNA BIATRIZ DOS SANTOS MADEIRA 13/02/2004	( ) -	NUBIA REGINA DOS SANTOS

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	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
30925941527212	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

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-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61 00	00,00		S	08/12/20		A Nubia
2-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61 00	00,00		S	08/12/20		A Nubia
3-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	57 00	26,22		P	08/12/20		A Nubia
4-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61 00	00,00		S	08/12/20		A Nubia
5-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61 00	00,00		S	08/12/20		A Nubia
6-	00	85101019 6	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61 00	00,00		S	08/12/20		A Nubia
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data 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	3620,00	2622	

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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/12/2020	08/12/2020	08/12/2020	08/12/2020

A Nubia Regina dos Santos

Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 163