

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2 AP



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 21/10/2011 4-Data de Autorização 21/10/2011 5-Serha AUTORIZADO 6-Número da Guia Principal 8972822 7-Data Validade da Serha 19/11/2011 675766 INTERCÂMBIO

Dados do Beneficiário:

8-Número da Carteira 00202539708900000101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Empresa DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome PAMELA DOS SANTOS PEREIRA 14-Telefone 10/10/1989 15-Nome do titular do plano PAMELA DOS SANTOS PEREIRA

Dados do Contratado/Responsável pelo Tratamento:

16-Atendimento a RN N 17-Nome do Profissional Solicitante FELIPE CAVICCHIOLI ALVES 18-Número no CRO 112571 19-UF SP 20-Código CBO S 025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 43080322886 22-Nome do Contratado/Executante FELIPE CAVICCHIOLI ALVES 23-Número no CRO 112571 24-UF SP 25-Código CNES

26-Nome do Profissional Executante FELIPE CAVICCHIOLI ALVES 27-Número no CRO 112571 28-UF SP 29-Código CBO S

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
1-0001810000030		CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00			21/10/2011		+ Pamela
2-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	6,00	0,00			21/10/2011		+ Pamela
3-0001851000196		RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	6,00	0,00			21/10/2011		+ Pamela
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsto Término do Tratamento 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 156,00 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), 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 Contratado/Responsável 51-Data, local e Assinatura do Profissional 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Representante 53-Data, local e Carimbo da Empresa

Dr. Felipe Cavicchioli Alves
CRO-SP-112571