OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

1062817
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	18/07/22	18/07/22	AUTORIZADO	10136844	16/10/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205488291000001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA DE FATIMA BATISTA DIONIZIO 10/07/1981	( ) -	MARIA DE FATIMA BATISTA DIONIZIO

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	JESSICA DE OLIVEIRA NUNES	3920	RO	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
13246458000177	CLIDENTE CLINICA ODONTOLOGICA LTDA	1333	RO	7087306

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JESSICA DE OLIVEIRA NUNES	3920	RO	

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	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	34		1	730	0,00		S	18/07/22		x maria
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
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	730	0,00	

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/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 do Executante
18/07/22 Dra. Jessica Oliveira Cirurgiã-Dentista CRO/RO: 3920	18/07/22 Dra. Jessica Oliveira Cirurgiã-Dentista CRO/RO: 3920	18/07/22 x maria	18/07/22

13.246.458/0001-77
CLIDENTE-CLINICA ODONTOLÓGICA LTDA
Rua Alexandre Guimaraes nº 7838-D
Bairro: Tancredo Neves
CEP: 76.829-613
Porto Velho - RO