OdontoLife
transparência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 453152
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	13/01/21	18/01/21	AUTORIZADO	8193042	13/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025334067000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
STEFANI CAVALARES DA SILVA 21/12/1998	( ) -	STEFANI CAVALARES DA SILVA

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	DANIELI CAROLINI PALUDO	29322	PR	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08939295939	DANIELI CAROLINI PALUDO	29322	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DANIELI CAROLINI PALUDO	29322	PR	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100218
(I) 85100200

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	0,00	S	/ /		Stefani
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OP	1	88	00	0,00	S	17/02/21		Stefani
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61	00	0,00	S	17/02/21		Stefani
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00	0,00	S	17/02/21		Stefani
5	00	85100218	RESTAURAÇÃO RESINA	37	OMD	1	122	00	0,00	S	03/02/21		Stefani
6	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	VO	1	88	00	0,00	S	/ /		Stefani
7	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	46	VO	1	88	00	0,00	S	09/02/21		Stefani
8	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	47	O	1	61	00	0,00	S	09/02/21		Stefani
9	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00	0,00	S	/ /		Stefani
10	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00	0,00	S	/ /		Stefani
11	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00	0,00	S	/ /		Stefani
12	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00	0,00	S	/ /		Stefani
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	774,00	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 da Empresa
17/02/21	17/02/21	17/02/21 Stefani	17/02/21

Dra. Danieli Carolini Paludo
Cirurgiã Dentista
CRO - PR: 29322