OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 325896
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	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7641217	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202530142900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
IRANILDA MONTEIRO DOS SANTOS 13/01/1990	( ) -	IRANILDA MONTEIRO 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	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	

GUIA CONSULTA

GUIA ENVIADA 01/07/20 GC

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	13		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
2	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	12		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
3	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	21		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
4	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	23		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
5	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	24		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
6	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	25		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
7	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	27		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
8	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	16		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
9	00	82009859	EXODONTIA DE RAIZ	47		1	73,00	0,00		S	20/06/20		iranilda
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	657,00	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
20/06/20 Dra. Alessandra B. Lobato Nº 563 Cirurgiã Dentista ORTODONTISTA CRO - AP	/ /	20/06/20 iranilda monteiro dos santos	/ /