OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

354498
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 11/08/20
4-Data de Autorização: 21/08/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 7776595
7-Data Validade da Senha: 09/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00203531223400000102
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade do Cartão:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ORIVALDO TRINDADE RAMOS 02/09/1976
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: GLAUCIA LENISE SEIXAS DA SILVA

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a Rn: N
17-Nome do Profissional Solicitante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
18-Número no CRO: 563
19-UF: AP
20-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 93894813253
22-Nome do Contratado Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
23-Número no CRO: 563
24-UF: AP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ALESSANDRA BRITO LOBATO
27-Número no CRO: 563
28-UF: AP
29-Código CBO S:

GUIA APROVADA

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| 30-Tabela | 31-Código do Procedimento | 32-Descrição | 33-Dente/Região | 34-Face | 35-Qtd | 36-Quantidade LIB | 37-Valor | 38-Franquia/Co-participação R$ | 39-Aut | 40-Data de Realização | 41-Hora de Início | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | 00810030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 340 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 2- | 00840019 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASE | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 3- | 00840019 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HASD | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 4- | 00840019 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAID | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 5- | 00840019 | PROFILAXIA: POLIMENTO | HAIE | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 6- | 00851019 | RESTAURAÇÃO RESINA | 22 | P | 1 | 61 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 7- | 00851019 | RESTAURAÇÃO RESINA | 27 | O | 1 | 61 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 8- | 00820075 | EXODONTIA SIMPLES DE | 48 | | 1 | 73 | 00 | 00 | S | 21/08/20 | | Glaucia |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

46-Data Prevista Término do Tratamento:
48-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
49-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
50-Total Quantidade LIB: 369
51-Valor Total R$: 000
52-Total Franquia / Co-participação R$:

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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) assinalado(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.

53-Observação:

54-Data, local e assinatura do Profissional Executante: 21/08/20
55-Data, local e assinatura do Cirurgião-Dentista:
56-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/08/20
57-Data, local e carimbo da Empresa:

Glaucia Lenise Seixas da Silva