OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353180
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	3-Data de Autorização	4-Senha	5-Número da Guia Principal	Data Validade da Senha
406414	07/08/20	12/08/20	AUTORIZADO	7770701	05/11/20

Dados do Beneficiário

6-Número da Carteira	7-Plano	8-Empresa	9-Data Validade da Carteira	9A-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 6 3 1 0 8 1 6 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA		

10-Nome	10A-Telefone	10B-Nome do Titular do Plano
RAFAEL LIMA MIRANDA 10/12/1984	( )	RAFAEL LIMA MIRANDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

10A-Atendimento a RN	11-Nome do Profissional Solicitante	12-Número no CRO	12A-UF	12B-Código CBO S
N	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	20-Nome do Contratado Executante	22-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 3 8 0 9 4 8 1 3 2 5 3	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	24-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quant/Adic (R)	37-Valor	38-Franquia/Coparticipação (R$)	39-Aut	40-Data de Realização	41-Visto do Dente	42-Assinatura
1	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	12/08/20		
2	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0		S	12/08/20		
3	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	12/08/20		
4	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	12/08/20		
5	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0		S	12/08/20		
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Tratamento	46-Total Questionário LS	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
			1 7 4 0 0	0 0 0	

Declaro, que estou 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) 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 previsão em contrato.

49-Observação

50-Data, Carimbo e Assinatura do Cirurgião Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista	52-Data, Carimbo e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
		12/08/20	

Rafael Lima Miranda