OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 458059

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 20/01/21
4-Data de Autorização: 20/01/21
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8212277
7-Data Validade da Senha: 20/04/21

**Dados do Beneficiário**

8-Número da Carteira: 00202535065600000010 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: ___/___/___
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: JOCELMO LUIZ BARBOSA FERREIRA JUNIOR 12/11/1986
14-Telefone: (31) 98761-2674
15-Nome do titular do plano: JOCELMO LUIZ BARBOSA FERREIRA JUNIOR

**Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento**

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
18-Número no CRO: 44352
19-UF: MG
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 04798519642
22-Nome do Contratado Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO: 44352
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
27-Número no CRO: 44352
28-UF: MG
29-Código CBO S:

**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 - | 00810065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | 0,00 | S | 21/01/21 | | |
| 2 - | 00853004 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 21/01/21 | | |
| 3 - | 00853004 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 21/01/21 | | |
| 4 - | 00853004 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 21/01/21 | | |
| 5 - | 00853004 7 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36,00 | 0,00 | 0,00 | S | 21/01/21 | | |
| 6 - | | | | | | | | | | | | |
| 7 - | | | | | | | | | | | | |
| 8 - | | | | | | | | | | | | |
| 9 - | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | |

43-Data Previsão Término do Tratamento: 21/01/21
44-Tipo de Atendimento: ___ 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: ___ 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 178,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: 21/01/21 BH
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 21/01/21 BH
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 21/01/21 BH
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 21/01/21 BH

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

LOPES ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73

Digitalizado com CamScanner