OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

363597
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 25/08/20	4-Data de Autorização: 27/08/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 7819694	7-Data Validade da Senha: 23/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00205315414808000000101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: ARIANE DA SILVA PEREIRA 19/03/2001	14-Telefone: ( ) -	15-Nome da Mãe do Beneficiário: ARIANE DA SILVA PEREIRA		

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

025 - Faturar Empresa

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1- 00	81000309	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	00	S	27/08/20		Ariane
2- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	00	00	S	27/08/20		Ariane
3- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	00	00	S	27/08/20		Ariane
4- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	00	00	S	27/08/20		Ariane
5- 00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	00	00	S	27/08/20		Ariane
6- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
7- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	15	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
8- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
9- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
10- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
11- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
12- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
13- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34 *	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
14- 00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35 *	O	1	61	00	00	S	27/08/20		Ariane
15-												

43-Data Provável Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 7230	47-Valor Total R$: 00
48-Total Franquia / Co-participação R$:				

Declaro que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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 pagar os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Assinatura do Beneficiário ou Responsável:	51-Data, local e carimbo do Cirurgião-Dentista:	52-Data, local e assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/08/20	53-Data, local e carimbo da Empresa:

Ariane da Silva Pereira