OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

440379
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	14/12/20	04/01/21	AUTORIZADO	8143123	14/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205333579000010101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLEIDE PIRES DE MORAIS 12/08/1974	( ) -	CLEIDE PIRES DE MORAIS

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	CENTER RADIO	8102	GO	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
88705293120	JOSE ASSUERO BARBO DE SIQUEIRA	8102	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
JOSE ASSUERO BARBO DE SIQUEIRA	8102	GO	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RIS (I) 81000375-RME (I) 81000375-RMD
(I) 81000421- (I) 81000375-RPE
(I) 81000421- (I) 81000375-RPD

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	81004211	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
2	00	81004211	RX PERIAPICAL	RCSD		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
3	00	81004211	RX PERIAPICAL	RCSE		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
4	00	81003375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
5	00	81003375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
6	00	81003375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
7	00	81003375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	04/01/21		x Cleide
8											/ /		
9											/ /		
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$
04/01/21	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	98,00	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

CENTER RADIO Radiologia Odontológica RT. José Assuero CRO-GO 8102

CENTER RADIO Radiologia Odontológica RT. José Assuero CRO-GO 8102

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
04/01/21	04/01/21 x	04/01/21 x Cleide Pires	04/01/21