OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

325815
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	2-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/06/20	18/06/20	AUTORIZADO	7640894	15/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 3 0 3 4 5 2 0 0 0 0 0 1 0 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
RIAN GABRIEL OLIVEIRA MAIA 27/01/2002	( )	ROSEANE OLIVEIRA PRESTES

GUIA CONCLUIDA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
9 3 8 9 4 8 1 3 2 5 3	ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALESSANDRA BRITO LOBATO	563	AP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100208
(I) 85100209
(I) 82091294-48

GUIA 01/10/20

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/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
2-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
3-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
4-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
5-	0 0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
6-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	6 1 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
7-	0 0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	6 1 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
8-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	46	OV+	1	6 6 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
9-	0 0 8 5 1 0 0 2 0 0	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV+	1	6 6 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
10-	0 0 8 2 0 0 0 8 7 5	EXODONTIA SIMPLES DE	36		1	7 3 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
11-	0 0 8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	1 8 6 0 0	0 0 0		S	18/06/20		Rian
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Coparticipação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	7 3 1 0 0	0 0 0	

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 a(s) procedimento(s) descrito(s) nesta guia, 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 ressarcir os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Data Início e Assinatura do Profissional Executante	51-Data Inicial e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data Final e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data Inicial e Carimbo da Empresa
18/06/20	/ /	18/06/20	/ /

Rian Gabriel Oliveira Maia