OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 448687 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	06/01/21	07/01/21	AUTORIZADO	8175856	06/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00252534042900000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
CRISTIAN GARDEL OLIVEIRA DA SILVA 26/02/1990	( ) -	CRISTIAN GARDEL OLIVEIRA DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Vínculo à RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	ROBERTA FRANCISCA MARTINS DE CASTRO	1161	RO	

325 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
27818701	ROBERTA FRANCISCA MARTINS DE CASTRO	1161	RO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROBERTA FRANCISCA MARTINS DE CASTRO	1161	RO	

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-Auditores
1	00810085	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		S	07/01/21		#cristian
2												
3												
4												
5												
6												
7												
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	000	

Declaro, que após 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), 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
07/01/21 Roberta F. M. Castro Cirurgiã-Dentista Ortodontista CRO-RO 1161	07/01/21 (N) Roberta F. M. Castro Cirurgiã-Dentista Ortodontista CRO-RO 1161	07/01/21 cristian	07/01/21 130.611.963/0001-92 ESSENCE ODONTOLOGIA PREVENTIVA LTDA Av. Gov. Jorge Teixeira, 3137 Sala 07 B: Liberdade - Cep: 76.803-859 Porto Velho RO