Odontolife®
tranquilidade aqui você sorri

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 436820 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	08/12/20	18/12/20	AUTORIZADO	8127605	08/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020253349960000001 05	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANNA BIATRIZ DOS SANTOS MADEIRA 13/02/2004	( ) -	NUBIA REGINA DOS SANTOS

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	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNPJ
30929415272	ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA AMELIA FERREIRA PINHEIRO	5480	AM	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(1) 85100200
(1) 85100200

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 de Glosa	42-Assinatura
1-	00 85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		x José
2-	00 85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		x José
3-	00 85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OM	1	88,00	0,00		S	18/12/20		x José
4-	00 85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	14	OD	1	88,00	0,00		S	18/12/20		x José
5-	00 85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	25	O	1	61,00	0,00		S	18/12/20		x José
6-										/ /		
7-										/ /		
8-										/ /		
9-										/ /		
10-										/ /		
11-										/ /		
12-										/ /		
13-										/ /		
14-										/ /		
15-										/ /		

43-Data Previsto 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	359,00	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 prestador de serviço que assina o atendimento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

UNIVERSO ODONTO
Ana Amélia F. Pinheiro
Administradora
CRO-AM 1R1

50-Data Final e Assinatura do Contratado Dentista / Executante	51-Data Final e Assinatura do Contratado Dentista	52-Data Final e Assinatura do Contratado / Responsável	53-Data Final e Assinatura do Contratado Empresa
18/12/2020	18/12/2020	18/12/2020	18/12/2020

x José Luiz S. Madeira