Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 565639

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
5414	26/05/21	01/06/21	AUTORIZADO	8635841	24/08/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025335793000001021	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ZANGELA TOLEDO CORTEZ 12/06/1984	( ) -	JOAO PAULO DA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ALESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
385331169 5	ALESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ESSANDRO LO TURCO VALIM	32006	MG	

Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100200
(I) 85100200

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	01/06/21		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	01/06/21		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	01/06/21		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	01/06/21		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	01/06/21		
00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	12	MPV	1	122,00	0,00		S	01/06/21		
00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	15	OD	1	88,00	0,00		S	01/06/21		
00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	44	OM	1	88,00	0,00		S	01/06/21		

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	476,00	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 esse documento, os valores antes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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
01/06/21	01/06/21	01/06/21	01/06/21