OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 441408
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 15/12/20
4-Data de Autorização: 17/12/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8148204
7-Data Validade da Senha: 15/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00203530350000010 4
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: MARIA CLARA DA CUNHA BARONTO 11/01/2007
14-Telefone: (31) 99651-0459
15-Nome do titular do plano: CHRISTIANE CUNHA BARONTO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
18-Número no CRO: 44352
19-UF: MG
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 04798519642
22-Nome do Contratado Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
23-Número no CRO: 44352
24-UF: MG
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: WANDERSON LOPES AVILA DE OLIVEIRA
27-Número no CRO: 44352
28-UF: MG
29-Código CBO S:

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 -		00820087 5	EXODONTIA SIMPLES DE	26		1	73,00	0,00		S	17/12/20		
2 -													
3 -													
4 -													
5 -													
6 -													
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 17/12/20
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 73,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 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: 17/12/20 BH
Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 17/12/20 BH
Dr. Wanderson Lopes Avila de Oliveira
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 44.352

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 17/12/20 BH
Christiane Cunha Baronto

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 17/12/20 BH
LOPES ODONTOLOGIA
CNPJ 34.671.405/0001-73

Digitalizado com CamScanner