OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 437610
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	09/12/20	10/12/20	AUTORIZADO	8131357	09/03/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202534063800000010 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ELISABETE MARIA DA SILVA 13/05/1966	( ) -	ELISABETE MARIA DA SILVA

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	LUCIMARA DOS SANTOS	132199	SP	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX
(I) 85100218

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
27847531387 1	LUCIMARA DOS SANTOS	132199	SP	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUCIMARA DOS SANTOS	132199	SP	

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-Ass
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		Elisabete
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		Elisabete
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		Elisabete
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	21/12/20		Elisabete
5	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DOV	1	122,00	0,00		S	21/12/20		Elisabete
6	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Elisabete
7	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Elisabete
8	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Elisabete
9	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	14/12/20		Elisabete
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-participaçã
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	506,00	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 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 document referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Lucimara dos Santos
Cirurgiã Dentista
CRO - 132199
CPF: 278.475.330-71

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
21/12/20 Lucimara dos Santos	21/12/20 Lucimara dos Santos	21/12/20 Elisabete	21/12/20 Lucimara dos Santos