OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 406239
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 27/10/20
4-Data de Autorização: 28/10/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 8001140
7-Data Validade da Senha: 25/01/21

Dados do Beneficiário
8-Número de Carteira: 0 2 0 2 5 3 0 6 3 3 6 0 0 0 0 0 1 0 1
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA
11-Data Validade da Carteira: __/__/__
12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: SAMUEL OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR 24/11/1996
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: SAMUEL OLIVEIRA DA SILVA JUNIOR

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento
16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN
18-Número no CRO: 50514
19-UF: SP
20-Código CBO S:
025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 1 3 1 0 6 3 8 9 8 5 0
22-Nome do Contratado Executante: MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN
23-Número no CRO: 50514
24-UF: SP
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: MARILIA PIVA ALMEIDA LEITE SEGANTIN
27-Número no CRO: 50514
28-UF: SP
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	0	0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	37	DOM	1	1 2 2 0 0	0 0 0		S	27/11/20		Samuel
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: __/__/__
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: 1 2 2 0 0
47-Valor Total R$: 0 0 0
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: 27/11/20 MPAlegantin
51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/11/20 MPAlegantin
52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/11/20 Samuel
53-Data, local e Carimbo da Empresa: 27/11/20

Dra. Marília P.A.L.Segantin
Cirurgiã Dentista
CRO/SP - 50.514