OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2570319
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	08/12/25	11/12/25	AUTORIZADO	14699152	06/02/26

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0972031090420014	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABEL SCORCIO HILDEBRANDT 26/03/1984	( ) -	ISABEL SCORCIO HILDEBRANDT

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	CLINICA SPYRO SPYRIDES ODONTO RADIOLOGIA	15486	RJ	09

025 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
30696920001445	CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	15486	RJ	3400344

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KYRIA SPYRO SPYRIDES	15486	RJ	

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-	00	81009294	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	12/12/25		
2-	00	81009375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	12/12/25		
3-	00	81009375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	12/12/25		
4-	00	81009375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	12/12/25		
5-	00	81009375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	12/12/25		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
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-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	278,00	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 referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Ato 81000294 Apresentar justificativa para autorizazao do procedimento Ato 81000294 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 81000375 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 81000375 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 81000375 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao

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
/ /	/ /	12/12/25 x	/ /