OdontoLife
Inteligência para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2394000 INTERCÂMBIO

stro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 22/07/25	4-Data de Autorização: 31/07/25	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 14143599	7-Data Validade da Senha: 20/09/25

de Beneficiário

ero da Carteira: 9720307455400011	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
me: JAIRA ROSANA DE SOUZA 20/11/1970	14-Telefone: (21) 96480-2966	15-Nome do titular do plano: JAIRA ROSANA DE SOUZA		

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	18-Número no CRO: 16512	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
ligo na Operadora / CNPJ / CPF: 26208337887	22-Nome do Contratado Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO: 16512	24-UF: RJ	25-Código CNES:
me do Profissional Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR		27-Número no CRO: 16512	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

le Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade U$	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
	0810100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/07/25		
	0820100875	EXODONTIA SIMPLES DE	37		1	73,00	0,00		S	31/07/25		
	0840100198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	27/08/25		

ema de 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 U$: 247,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

ro, 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 previs
ito. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) ~~acima~~.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 27/08/25	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 27/08/25 Jaira Rosana Souza	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /