OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 432272
INTERCÂMBIO

gistro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
6414	02/12/20	02/12/20	AUTORIZADO	50210249	02/03/21

s do Beneficiário

mero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03700003159932212	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	705005063882957

ome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CIANE DI LUCIA SANTOS (Luciane) 21/10/1963	( ) -	LUCIANE DI LUCIA SANTOS

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

endimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

801 - Faturar Empresa

ódigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
75144637800	LILIAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

ome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
IAN PIMENTEL VIEIRA POLICANTE	46320	RJ	

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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
00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	02/12/20		

ata 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$
02/12/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	47,00	0,00	

aro, 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 rato. 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 val entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

bservação

ata, 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
02/12/20	02/12/20	02/12/20	02/12/20

Dra. Lilian Policante
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 46320