OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 346250
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 27/07/20
4-Data de Autorização: 27/07/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50179221
7-Data Validade da Senha: 25/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00379994061631741
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 706306767322572
13-Nome: BRUNA CADENA DE SOUZA 15/12/1988
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: BRUNA CADENA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA
18-Número no CRO: 37184
19-UF: RJ
20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 66726247753
22-Nome do Contratado Executante: LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA
23-Número no CRO: 37184
24-UF: RJ
25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA
27-Número no CRO: 37184
28-UF: RJ
29-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-25
(I) 85100226

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	852001400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	25		1	333,00	0,00		S	29/07/20		Bruna
2	00	851002226	RESTAURAÇÃO RESINA	25	OMPV	1	122,00	0,00		S	29/07/20		Bruna
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término do Tratamento: 29/07/20
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: 455,00
47-Valor Total R$: 0,00
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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: 29/07/20 Dr. Luis Alberto P. S. Taborda Cirurgião Dentista CRO-RJ – 37184

51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 29/07/20 Dr. Luis Alberto P. S. Taborda Cirurgião Dentista CRO-RJ – 37184

52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 29/07/20 Bruna L. Souza

53-Data, local e Carimbo da Empresa: 29/07/20 VIVA SAÚDE CLÍNICA ODONTOLÓGICA LTDA