OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 353156

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 | 07/08/20 | 07/08/20 | AUTORIZADO | 50182419 | 05/11/20 |

Dados do Beneficiário

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00370001616928 | POS REDE PRESTADORA | UNIMED RIO COOPERATIVA | / / | 898004665402401 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| GABRIELA SERAFIM SILVA DE MATT 15/01/2013 | ( ) - | ROSA SERAFIM SILVA DE MATTOS |

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 | CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | 24440 | RJ | |

801 - Faturar Empresa

Enviar - RX

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 005962887119 | CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | 24440 | RJ | |

(I) 85100200 (I) 85100200

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA | 24440 | RJ | |

(I) 85100200

(I) 85100200

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- | 00851002000 | RESTAURAÇÃO RESINA | 11 | MD | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 02/09/2020 | | |
| 2- | 00851002000 | RESTAURAÇÃO RESINA | 21 | DM | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 08/09/2020 | | |
| 3- | 00851002000 | RESTAURAÇÃO RESINA | 22 | DM | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 14/09/2020 | | |
| 4- | 00851002000 | RESTAURAÇÃO RESINA | 12 | DM | 1 | 88,00 | 0,00 | | S | 18/09/2020 | | |
| 5- | 00851001966 | RESTAURAÇÃO RESINA | 73 | M | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 24/09/2020 | | |
| 6- | 00851001966 | RESTAURAÇÃO RESINA | 83 | M | 1 | 61,00 | 0,00 | | S | 28/09/2020 | | |
| 7- | | | | | | | | | | / / | | |
| 8- | | | | | | | | | | / / | | |
| 9- | | | | | | | | | | / / | | |
| 10 | | | | | | | | | | / / | | |
| 11 | | | | | | | | | | / / | | |
| 12 | | | | | | | | | | / / | | |
| 13 | | | | | | | | | | / / | | |
| 14 | | | | | | | | | | / / | | |
| 15 | | | | | | | | | | / / | | |

Cinthya P. M. de Oliveira
Odontopediatria - pacientes especiais
Clínica odontológica
N.M.R.25 CRO-RJ 24440
12-2292186

| 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 | 474,00 | 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: odontopediatria

| 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 |
|---|---|---|---|
| 28/09/20 | 28/09/20 | 28/09/20 | 28/09/20 |