OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

(faturado já) [illegible]

2-Nº 389291
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	05/10/20	05/10/20	AUTORIZADO	50196678	03/01/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003799941706 6	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	705008242519957

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MOISES RIBEIRO DE PINHO 27/01/1993	(21) 98712-9263 9	RAFAELA LIRA DE PINHO

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	DENTCLINIC	29605	RJ	03

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
276856104884	CLARISSA DE SOUZA NETO	29605	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CLARISSA DE SOUZA NETO	29605	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 81000421-

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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	46	DVO	1	122,00	0,00		S	06/10/20		
2-	00	81004021	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	06/10/20		
3-													
4-													
5-													
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	136,00	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 e 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 valor 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	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
06/10/20 Clarissa Souto	06/10/20 Clarissa Souto	06/10/20	06/10/20 Dra Clarissa Neto Cirurgiã Dentista CRO/RJ 29.605