OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

351970
INTERCÂMBIO

1-Nº ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 05/08/20	4-Data de Autorização: 05/08/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50181918	7-Data Validade da Senha: 03/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 03700003263874 7	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	11-Data Validade do Cartão:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 898004628629198
13-Nome: ANDREA COELHO DE MORAES 20/04/1965	14-Telefone: ( )	15-Nome do titular do plano: ANDREA COELHO DE MORAES		

Dados do Profissional Responsável pelo Tratamento

16-Número a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: RODRIGO GONCALVES COSTA	18-Número no CRO: 47975	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 82039474 0	22-Nome do Contratado Executante: RODRIGO GONCALVES COSTA	23-Número no CRO: 47975	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: RODRIGO GONCALVES COSTA		27-Número no CRO: 47975	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

Dados do Tratamento / Procedimento Solicitado

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-Justificativa
081000085	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340,00	0,00		S			

43-Previsão Término do 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 US: 340,00	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 do 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 assine esse documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

RJ Rodrigo Gonçalves Costa

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 05/08/20 Dr. Rodrigo Gonçalves CIRURGIÃO DENTISTA CRO/RJ 47.975	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 05/08/20 Andrea A. Moraes	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Criado por Scanner Lens