OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 324452

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	15/06/20	15/06/20	AUTORIZADO	50157591	13/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379944063445309	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	700004347471607

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FERNANDO SANTANA DA SILVA 13/04/1980	( ) -	FERNANDO SANTANA DA SILVA

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	ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	35649	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09904672792	ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	35649	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ALDYJANNE DA SILVA BELTRAO	35649	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421- (I) 85100218 (I) 81000421-RIS
(I) 85100226 (I) 85100200 (I) 81000421-
(I) 85100226 (I) 81000421-RPSE

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	81004211	RX PERIAPICAL	RMSD		1	14,00	0,00		S	24/06/20		
2	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	11	VPMI	1	122,00	0,00		S	24/06/20		
3	00	85102262	RESTAURAÇÃO RESINA	21	VPMI	1	122,00	0,00		S	24/06/20		
4	00	85102118	RESTAURAÇÃO RESINA	23	VPD	1	122,00	0,00		S	21/07/20		
5	00	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	24	OM	1	88,00	0,00		S	21/07/20		
6	00	81004211	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00		S	24/06/20		
7	00	81004211	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	24/06/20		
~~8~~	~~00~~	~~82008589~~	~~EXODONTIA DE RAIZ~~	~~26~~		~~1~~	~~73,00~~	~~0,00~~		~~S~~	/ /		
9	00	81004211	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14,00	0,00		S	24/06/20		
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	583,00	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

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
21/07/20 Dra. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgiã Dentista CRO 35649	21/07/20 Dra. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgiã Dentista CRO 35649	21/07/20	21/07/20 Dra. Aldyjanne B. Dietrich Cirurgiã Dentista CRO 35649

Digitalizado com CamScanner