OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

395025
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	13/10/2020	14/10/2020	AUTORIZADO	50198669	11/01/2021

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade do Cartão	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379940630331590	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	701006863814091

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
MAYARA OLIVEIRA PETERLE 19/10/1965	( ) -	MAYARA OLIVEIRA PETERLE

Dados do Contratado, Profissional e Local de Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	18-UF	20-Código CBO S
N	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

001 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02858441723	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Nº Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente Região	34-Face	35-Dente	36-Quantidade (1)	37-Valor	38-Forma de Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1	00851006196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	V	1	61	00,00		S	13/10/2020		
2	00851006196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	V	1	61	00,00		S			
3	00851006196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	00,00		S	13/10/2020		
4	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	00,00		S	13/10/2020		
5	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	00,00		S	14/10/2020		
6	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	00,00		S	13/10/2020		
7	00853000047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	00,00		S	13/10/2020		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Provável Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade (U)	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Cirurgia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3270	00,00	

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 executante e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), tenham sido 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 este 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 Regime Ambulatorial	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data local e Carimbo da Empresa
20/10/2020	20/10/2020	20/10/2020	20/10/2020

Dra Cristiane de Paula
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ