Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1?

353390
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	08/10/20	AUTORIZADO	7771522	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
00202596379000001001	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DEBORA DE ALMEIDA 22/09/1989	( ) -	DEBORA DE ALMEIDA

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	THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	48408	RJ	

21-Código na Operadora/CNPJ/CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09347997684	THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	48408	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
THALITA NUNES OLIVEIRA MARCOS	48408	RJ	

Faturar Empresa
Enviar - RX
(1) 85100225

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- 20	85100226	RESTAURAÇÃO RESINA	14	MVDO	1	122	00	00	S	09/10/20		
2- 20	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	13	D	1	61	00	00	S	09/10/20		
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	183	00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos, 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, é por mim assinado(s), foi(ram) 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	53-Data, local e Carimbo da Empresa
09/10/20 Thalita Nunes Marcos Cirurgiã - Dentista CRO - RJ 48408	09/10/20 Thalita Nunes Marcos Cirurgiã - Dentista CRO - RJ 48408	09/10/20	09/10/20 Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423378000147

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381065
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	22/09/20	08/10/20	AUTORIZADO	7896017	21/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202598703000011	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA 22/09/1982	( ) -	ISABELA DE OLIVEIRA PIMENTA

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	RAMAYANA HERINGER LAGE	42544	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
13636476470	RAMAYANA HERINGER LAGE	42544	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RAMAYANA HERINGER LAGE	42544	RJ	

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	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61	00	0,00	S	08/10/20		
2 -	00	85101001 96	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61	00	0,00	S	08/10/20		
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	122	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
08/10/20 Ramayana H. Lage Cirurgiã Dentista CRO RJ 42544	08/10/20 Ramayana H. Lage Cirurgiã Dentista CRO RJ 42544	08/10/20 Isabela de O. Pimenta	08/10/ Rio das Ostras Odonto CNPJ - 32423372/0001-17