OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

366646
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	31/08/20	31/08/20	AUTORIZADO	50187915	29/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000173669 3	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	704403318602810

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RAFAELA LUIZA SOARES DE FRANCA 03/07/2000	( ) -	RAFAELA LUIZA SOARES DE FRANCA

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	BERNARDO CAMPOS MACHADO	37194	RJ	

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
116290267119	BERNARDO CAMPOS MACHADO	37194	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BERNARDO CAMPOS MACHADO	37194	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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	47,00	0,00	0,00	S	01/09/20		
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00	0,00	S	01/09/20		
3	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00	0,00	S	01/09/20		
4	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00	0,00	S	01/09/20		
5	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00	0,00	S	01/09/20		
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	199,00	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 Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	01/09/20	01/09/20	/ /