odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 402781
INTERCÂMBIO

tro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	22/10/20	22/10/20	AUTORIZADO	50200972	20/01/21

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0375911233324006	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	702500363492530

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SANA CICILIANO DA SILVA 20/01/1956	( ) -	ROSANA CICILIANO DA SILVA

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	RJ	

801 - Faturar Empresa

igo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17571768025	MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RCIA MARTINS PEREIRA	20672	RJ	

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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-Ass
	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	27/10/20		RS
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	27/10/20		RS
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	27/10/20		RS
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	27/10/20		RS
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	27/10/20		RS
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	V	1	61,00	0,00		S	23/10/2020		RS
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	D	1	61,00	0,00		S	23/10/2020		RS
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	33	D	1	61,00	0,00		S	23/10/2020		RS
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	41	I	1	61,00	0,00		S	23/10/2020		RS
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	42	D	1	61,00	0,00		S	23/10/2020		RS

a Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participaçã
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	479,00	0,00	,

o, 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 p
to. 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
ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, 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
27/10/20	27/10/20	27/10/20 Rosana Ciciliano da Silva	