odontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 427189
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
414	25/11/20	25/11/20	AUTORIZADO	50208428	23/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0370000214154311	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	700000226206801

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CECI CARDOSO DOS SANTOS 10/10/1954	(21) 99758-9855	CECI CARDOSO DOS SANTOS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Procedimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26208337871	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Sequencial	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
	0181000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	25/11/20		
	0851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		
	0851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	30/11/20		
	0851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	30/11/20		
	0851001966	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	25/11/20		
	0840001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	25/11/20		
	0840001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	25/11/20		
	0840001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	25/11/20		
	0840001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	25/11/20		

43-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
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	418,00	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 p
ento. 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
entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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
/ /	30/11/20	30/11/20 Ceci cardoso dos santos	/ /