OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1590272
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	28/08/23	04/09/23	AUTORIZADO	11613366	26/11/23

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202562103100001013	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GABRIELLE DE SOUZA MARTINS 05/10/1999	( ) -	ROBSON MARTINS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
17571768020	MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARCIA MARTINS PEREIRA	20672	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100200

Dados do 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 da Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
0	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	05/09/2023		Gabrielle
0	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	05/09/2023		Gabrielle
0	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	17	OP	1	88,00	0,00		S	12/09/2023		Gabrielle
0	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	21	PV	1	88,00	0,00		S	/ /		
0	85102000	RESTAURAÇÃO RESINA	26	OD	1	88,00	0,00		S	05/09/2023		Gabrielle
0	85101996	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	12/09/2023		Gabrielle

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 R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	499,00	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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Marcia Martins Pereira
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 20.672

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
05/09/23	05/09/23 Gabrielle de S. Martins	/ /	/ /