odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 320999
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	05/06/20	05/06/20	AUTORIZADO	50165240	03/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03799994063196856	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	706909122346533

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCILENE CRISTIANE DA ROCHA SI 20/12/1985	(21) 96911-7835	LUCILENE CRISTIANE DA ROCHA SI

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
	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
ANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Dados 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-Ass
0	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/06/20		
0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	14	O	1	61,00	0,00		S	30/06/20		
0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61,00	0,00		S	18/06/20		
0	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	24	M	1	61,00	0,00		S	30/06/20		
0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	26		1	73,00	0,00		S	10/06/20		
0	82000859	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	73,00	0,00		S	10/06/20		

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	363,00	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

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
/ /	30/06/20	30/06/20 Lucilene C da Rsilva	/ /

Eliane Bispo de Alencar
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 16512