GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

371212
INTERCÂMBIO

stro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	08/09/20	09/09/20	AUTORIZADO	50189757	07/12/20

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03799941065518818	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	705007286989052

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SAULO COIMBRA BATALHA CHAGAS 04/12/1988	( ) -	SAULO COIMBRA BATALHA CHAGAS

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

801 - Faturar Empresa

digo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26263537288	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

bela	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
)	08100003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	11/09/20		
)	08530004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	11/09/20		
)	08530004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	11/09/20		
)	08530004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	11/09/20		
)	08530004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	11/09/20		

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-participação R$
11/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	190,00	0,00	

ro, 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 ato. 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 ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

servação

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
11/09/20 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO Cirurgiã - Dentista CRO RJ 24681	11/09/20 Cristiane Senra	11/09/20 Saulo C. B. Chagas	/ /

OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 371029
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	08/09/20	09/09/20	AUTORIZADO	50189674	07/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379941065514260	POS REDE PRESTADORA	ELETRO INFO RECREI		700003655484202

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MONIQUE ANDRADE DIAS 17/08/1993	( ) -	LUIZA MENEZES CORDEIRO

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	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

801 -
Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02626353728	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	09/09/20		a
2 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	09/09/20		b
3 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	09/09/20		c
4 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	09/09/20		d
5 -	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	09/09/20		e
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$
09/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1900	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
09/09/20 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO Dentista CRO/RJ 24681	09/09/20 Cristiane Senra	09/09/20 Monique	

Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

367880
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
5414	01/09/20	02/09/20	AUTORIZADO	50188493	30/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03700001558015 9	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	704602613903424

Nome	13-Data Nascimento	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUANA OLIVEIRA LENNEBERG	15/05/1980	( ) -	LUANA OLIVEIRA LENNEBERG

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

801 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26263537281	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	03/09/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	03/09/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	03/09/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	03/09/20		
00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	03/09/20		

42-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 ato. 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 antes 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
03/09/20 Dra CRISTIANE S. SENRA COUTINHO Cirurgiã-Dentista CRO RJ 24681	03/09/20 Cristiane Senra	03/09/20	/ /