OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 306689

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	16/04/20	16/04/20	AUTORIZADO	50161305	15/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994063058418	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	898005133569671

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA LUIZA SILVA DE CAMPOS DOS 02/09/2016	( ) -	ANA LUIZA SILVA DE CAMPOS DOS

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	LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	37184	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
66726247753	LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	37184	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIS ALBERTO PINTO DE SAMPAIO TABORDA	37184	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	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	20/04/20		
2	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00	0,00	S	20/04/20		
3	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00	0,00	S	20/04/20		
4	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00	0,00	S	20/04/20		
5	00	84001988	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00	0,00	S	20/04/20		
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$
20/04/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	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 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
20/04/20 Dr. Luis Alberto P. S. Taborda Cirurgião Dentista	20/04/20 Luis Alberto P. S. Taborda Cirurgião Dentista CRO-RJ	20/04/20 Raquel S. Campos	20/04/20 VIS. DENT CLÍNICA ODONTOLÓGICA CLIMRJ