OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2370733
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	03/07/25	15/07/25	AUTORIZADO	14070526	01/09/25

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205122730600000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HERETINO DA CUNHA FERREIRA 09/04/1962	( ) -	HERETINO DA CUNHA FERREIRA

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	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
92620833787	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	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código de Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	84001986	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00	,	S	15/07/25		
2							,	,	,		/ /		
3							,	,	,		/ /		
4							,	,	,		/ /		
5							,	,	,		/ /		
6							,	,	,		/ /		
7							,	,	,		/ /		
8							,	,	,		/ /		
9							,	,	,		/ /		
10							,	,	,		/ /		
11							,	,	,		/ /		
12							,	,	,		/ /		
13							,	,	,		/ /		
14							,	,	,		/ /		
15							,	,	,		/ /		

43-Data Previsão Término de Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UB	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	140,00	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 previsto 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 va 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
/ /	15/07/25	15/07/25	/ /