odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 329471
INTERCÂMBIO

tro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	24/06/20	24/06/20	AUTORIZADO	50172371	22/09/20

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03700000020129702	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	703205614418692

me		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RCO ANTONIO LEAL	12/07/1957	( ) -	MARCO ANTONIO LEAL

do Contratado Responsável pelo Tratamento

dimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CRISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO	20296	RJ	

lgo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
14428702729	CRISTIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO	20296	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
STIANE MEDEIROS SOUZA ROMAO	20296	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	08510022 6	RESTAURAÇÃO RESINA	11	DVIP	1	122,00	0,00		S	29/06/2020		

a Previsão Término do Tratamento: 29/06/20

44-Tipo de Atendimento: 1 — 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência

45-Tipo de Faturamento: 1 — 1-Total 2-Parcial

46-Total Quantidade US: 122,00

47-Valor Total R$: 0,00

48-Total Franquia / Co-participação R$:

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

ervação

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
29/06/20	29/06/20 Cristiane M. Souza Romão	29/06/20	/ / Cristiane M. Souza Romão Cirurgiã-Dentista CRO 20296