OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

410141
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 | 03/11/20 | 03/11/20 | AUTORIZADO | 50203382 | 01/02/21 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0037999940654541417 | POS REDE PRESTADORA | UNIMED RIO COOPERATIVA | / / | 700205455705027 |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| GLAUCIENE MARCELE SANTOS ALVES 30/10/1987 | ( ) - | GLAUCIENE MARCELE SANTOS ALVES |

**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 | CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA | 15486 | RJ | 09 |

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 00140248706 | KYRIA SPYRO SPYRIDES | 15486 | RJ | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| KYRIA SPYRO SPYRIDES | 15486 | RJ | |

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000405

**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 | 81004015 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA | | | 1 | 78,00 | 0,00 | 0,00 | S | 05/11/20 | | |
| 2- | | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | | |
| 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1 1-Total 2-Parcial | 78,00 | 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
Pedido anexado na solicitação da guia online no campo "incluir imagem."

| 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 |
|---|---|---|---|
| / / | 05/11/20 K.S | 05/11/20 | 05/11/20 |

Clínica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287