OdontoLife

GUIA DE TREATMENTO ODONTOLÓGICO

3-Nº

429443
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	27/11/20	27/11/20	AUTORIZADO	50209163	25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994065477555	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	706800268531427

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BIANCA MONTEIRO CUNHA 14/09/1960	( ) -	BIANCA MONTEIRO CUNHA

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	DANIEL DE MELO MENDES	42797	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
01436029683	DANIEL DE MELO MENDES	42797	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DANIEL DE MELO MENDES	42797	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200158-16
(IF) 85200158-46
(I) 81000421-

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	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	16		1	533,00	0,00		S	/ /		
2- 00	85200158	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	46		1	533,00	0,00		S	/ /		
3- 00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	/ /		
4- 00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	/ /		
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1114,00	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

Dr. Daniel de Melo Mendes
Endodontista
Clínico Geral
CRO-RJ 42.797

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário Titular/Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	30/11/20	30/11/20	/ /

Scanned by CamScanner