OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

422894
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	19/11/20	19/11/20	AUTORIZADO	50207414	17/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037994061048200	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	702708141337860

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
RICLEIDE DE OLIVEIRA SANTOS 26/07/1990	( ) -	RICLEIDE DE OLIVEIRA SANTOS

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
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE

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	81005	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	25/11/20		
2	00	81037	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	25/11/20		
3	00	81037	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	25/11/20		
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	106,00	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 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
/ /	25/11/20 K.S	25/11/20 Ricleide de O. Santos	25/11/20 Clínica Odonto Radiológica Copa 500 CRO RJ 287