OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352366

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	06/08/20	06/08/20	AUTORIZADO	50182062	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003700000025131225	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	708102537517333

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ADELMAR FARIA DE LIMA 06/07/1955	( ) -	REGINA MARIA FARIA DE LIMA

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	CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	24440	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
005962884719	CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	24440	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	24440	RJ	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/08/2020		
2-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
3-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
4-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
5-	00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/08/2020		
6-	00	81000014	CONDICIONAMENTO EM			1	70,00	0,00		S	06/08/2020		
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Cinthya P.M. de Oliveira
Odontopediatria - pacientes especiais - chefe odontologia
H.L.M.R.P.S. CRO-RJ 24440
TR-22860184

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	244,00	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: Paciente Especial

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
06/08/20	06/08/20	06/08/20	/ /