OdontoLife

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

420657
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414
3-Data de Emissão da Guia: 17/11/20
4-Data de Autorização: 17/11/20
5-Senha: AUTORIZADO
6-Número da Guia Principal: 50206656
7-Data Validade da Senha: 15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira: 00379904066019
9-Plano: POS REDE PRESTADORA
10-Empresa: UNIMED SAUDE E ODONTO S/A
11-Data Validade da Carteira: / /
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700403491633045
13-Nome: GUSTAVO DUARTE DIAS 22/12/2012
14-Telefone: ( ) -
15-Nome do titular do plano: MARINA VICENTE DUARTE

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N
17-Nome do Profissional Solicitante: CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA
18-Número no CRO: 33729
19-UF: RJ
20-Código CBO-S:

21-Código no Operadora / CNPJ / CPF: 02854417123
22-Nome do Contratado Executante: CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA
23-Número no CRO: 33729
24-UF: RJ
25-Código CNES:

26-Nome do Profissional Executante: CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA
27-Número no CRO: 33729
28-UF: RJ
29-Código CBO-S:

801 - Faturar Empresa

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-Fat | 40-Data de Realização | 41-Nome da Obra | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1- | 00840000 | APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR | | | 1 | 7200 | | 000 | S | 26/11/20 | | |
| 2- | | | | | | | | | | | | |
| 3- | | | | | | | | | | | | |
| 4- | | | | | | | | | | | | |
| 5- | | | | | | | | | | | | |
| 6- | | | | | | | | | | | | |
| 7- | | | | | | | | | | | | |
| 8- | | | | | | | | | | | | |
| 9- | | | | | | | | | | | | |
| 10- | | | | | | | | | | | | |
| 11- | | | | | | | | | | | | |
| 12- | | | | | | | | | | | | |
| 13- | | | | | | | | | | | | |
| 14- | | | | | | | | | | | | |
| 15- | | | | | | | | | | | | |

43-Data Prevista Término do Tratamento: / /
44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Hydrofa/Energética
45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial
46-Total Quantidade US: 7200
47-Valor Total R$: 000
48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 aqui descritos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante: 26/11/20 Cristiane R Paula
51-Data, Assinatura do Cirurgião-Contratado: 26/11/20 Cristiane R Paula
52-Data, Assinatura do Beneficiário / Responsável: 26/11/20 Marina V Duarte
53-Data, Assinatura da Empresa: 26/11/20

Dra Cristiane de Paula
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 33729