odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

377320
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	17/09/20	17/09/20	AUTORIZADO	50192155	16/12/20

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 3 7 9 9 9 4 0 6 5 4 2 8 6 7 3	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	701007876832698

Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANDRE ROSA SILVA	25/03/1973	(21) 96473-8285	ANDRE ROSA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

801 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
2 6 2 0 8 3 3 7 8 7	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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-Assi
	0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,00	0,00		S	17/09/20		
	0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	18		1	7 3,00	0,00		S	28/09/20		
	0 8 2 0 0 0 8 5 9	EXODONTIA DE RAIZ	28		1	7 3,00	0,00		S	/ /		
	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	3 5,00	0,00		S	01/10/20		
	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	3 5,00	0,00		S	01/10/20		
	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	3 5,00	0,00		S	01/10/20		
	0 8 4 0 0 0 1 9 8	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	3 5,00	0,00		S	01/10/20		

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
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 2 0,00	0,00	

...o, 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 p... ...to. 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 ...ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

...ervação

..., 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
/ /	01/10/20	01/10/20	/ /