OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

420581
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número do Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	50206630	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número de Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379906041019	POS REDE PRESTADORA	UNIMED SAUDE E ODONTO S/A	/ /	700403491633845

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
GUSTAVO DUARTE DIAS 22/12/2012	( )	MARINA VICENTE DUARTE

Dados do Contratado Executante do Tratamento

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

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02658417230	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO-S
CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	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 de Glosa	42-Assinatura
1	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340		000	S	17/11/2020		
2										/ /		
3										/ /		
4										/ /		
5										/ /		
6										/ /		
7										/ /		
8										/ /		
9										/ /		
10										/ /		
11										/ /		
12										/ /		
13										/ /		
14										/ /		
15										/ /		

43-Data Prevista 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-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	340	000	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do tratamento, conforme acima apresentados, aceito a 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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

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
17/11/2020	17/11/2020	17/11/2020 Marina Vicente	17/11/2020

Drª Cristiane de Paula
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 33729