OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 358290
INTERCÂMBIO

tro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 17/08/20	4-Data de Autorização: 17/08/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50184610	7-Data Validade da Senha: 15/11/20

do Beneficiário

ero da Carteira: 0370000029235750	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: 706205094870868
me: NILCEIA DE VASCONCELOS ELIAS — 11/01/1965	14-Telefone: (21) 6612-7766	15-Nome do titular do plano: NILCEIA DE VASCONCELOS ELIAS		

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	18-Número no CRO: 16512	19-UF: RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa
igo na Operadora / CNPJ / CPF: 26208337887	22-Nome do Contratado Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO: 16512	24-UF: RJ	25-Código CNES	
me do Profissional Executante: ANE BISPO DE ALENCAR		27-Número no CRO: 16512	28-UF: RJ	29-Código CBO S	

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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-Ass
	08200859	EXODONTIA DE RAIZ	48		1	73,00	0,00		S	17/08/20		Nilceia

e Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade US	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participaçã
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	73,00	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

a, 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
/ /	17/08/20	17/08/20 Nilceia Elias V.	/ /