OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313721
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	15/05/20	21/05/20	AUTORIZADO	7566496	13/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 0 1 6 2 7 0 0 0 1 6 4 6 0 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIANA SOTERO DIAS MARTINS 10/03/1983	( ) 6 7 0 6 - 5 2 4 5	DIEGO MARTINS DE FREITAS

Dados do Contratado Requisitante / Local para Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES	35020	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome da Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 9 4 3 6 2 3 1 7 0 9	BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES	35020	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
BRUNO NOGUEIRA DE SA DE SALLES	35020	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100216

Dados do Tratamento / Procedimentos Odontológicos

	30-Tabela	31-Código de 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-	0	0 8 5 1 0 0 2 1 8	RESTAURAÇÃO RESINA	28	VOP	1	1 2 2 0 0	0 0 0		S	21/05/20		
2-													
3-													
4-													
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Previsão Término de 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	1 2 2 0 0	0 0 0	

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

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
21/05/20	21/05/20	21/05/20	21/05/20

Juliana Sotero Dias

Dr. Bruno Salles
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 35020