OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

429630
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	27/11/20	27/11/20	AUTORIZADO	50209160	25/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00379994092665	POS REDE PRESTADORA	UNIMED RIO COOPERATIVA	/ /	700602971220167

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JULIA NASCIMENTO RANGEL DA MOT 06/05/2001	( ) -	ROSANGELA NASCIMENTO RANGEL DA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLINICA ODONTO RADIOLOGICA COPA 500 LTDA	15486	RJ	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
00140248706	KYRIA SPYRO SPYRIDES	15486	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KYRIA SPYRO SPYRIDES	15486	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RPD
(I) 81000375-RPE
(I) 81000405

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 da Glosa	42-Assinatura
1-	00	81001029 4	LEVANTAMENTO			1	222,00	0,00		S	03/12/20		Julia
2-	00	81001037 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	03/12/20		Julia
3-	00	81001037 5	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	03/12/20		Julia
4-	00	81001040 5	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	03/12/20		Julia
5-											/ /		
6-											/ /		
7-											/ /		
8-											/ /		
9-											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

43-Data 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 R$
/ /	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	T 1-Total 2-Parcial	328,00	0,00	,

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
Pedido anexado na guia online no campo : Incluir imagem.

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
/ /	03/12/20 K.S	03/12/20 Julia Mota	03/12/20

Clínica Odonto
Radiológica Copa 500
CRO RJ 287