

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



425347

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 23/11/20	4-Data de Autorização 23/11/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50207881	7-Data Validade da Senha 21/02/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037994062733912	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 704607657117925
--	--------------------------------	---	-------------------------------------	--

13-Nome PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS
---	----------------------	---

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento e RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100200
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	26-Código CNES	

25-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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	0085100200	RESTAURAÇÃO RESINA	47	OV	1	88,00	0,00		S	23/11/20		
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento 23/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 88,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	---------------------------------	----------------------------	---

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 23/11/20 Flavia Maia da Cunha Vieira CRO 18117 (RJ)	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 23/11/20 Flavia Maia da Cunha Vieira CRO 18117 (RJ)	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 23/11/20 Paulo Cesar Nunes dos Santos	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---------------	--	--	--	--

Life

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



394805

INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 13/10/20	4-Data de Autorização 13/10/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50198598	7-Data Validade da Senha 11/01/21
--------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------	--	--------------------------------------

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0037000023645620	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa RADIOMAR ELETRONIC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 705006450531555
--	--------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------	--

13-Nome LUIZ OLENILDO ALVES FERNANDES	14-Telefone 16/05/1975	15-Nome do titular do plano LUIZ OLENILDO ALVES FERNANDES
--	---------------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	18-Número no CRO 18117	19-UF RJ	20-Código CBO S 801 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	--

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 00096192755	22-Nome do Contratado Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	23-Número no CRO 18117	24-UF RJ	25-Código CNES
--	---	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante FLAVIA MAIA DA CUNHA VIEIRA	27-Número no CRO 18117	28-UF RJ	29-Código CBO S
---	---------------------------	-------------	-----------------

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-	0081000065	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	05/11/20		
2-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	05/11/20		
3-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	05/11/20		
4-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	05/11/20		
5-	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIH		1	36,00	0,00		S	05/11/20		
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data de Término do Tratamento 05/11/20	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 178,00	47-Valor Total R\$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R\$
--	--	---	----------------------------------	----------------------------	---

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, por mim assinado(a), 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 05/11/20 Flavia Maia da Cunha Vieira CRO 18117/RJ	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 05/11/20 Flavia Maia da Cunha Vieira CRO 18117/RJ	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 05/11/20 Luiz Olenildo Alves Fernandes	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--

Guia	Nome	Não Paga	Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total
Operadora de Atendimento: 25 - DENTAL UNI						
346914 - I	ALCINDO FERNANDES (00202510220300244201)		28/07/2020	266	0.3	R\$ 79,80
Total						

Totalizador por Operadora		Nº de USOs:	266	Nº de atendimentos:	1	Valor:	R\$ 79,80
Operadora de Atendimento: 801 - UNIMED SAUDE E ODONTO SA							
Guia	Nome	Nao Paga		Dt. Guia	USOs Atos	Vlr USO Coop.	Total

351417 - I	THIAGO LOUREIRO (00379994063212380)		05/08/2020	178	0.3	R\$ 53,40
359644 - I	ANA LUCIA CUNHA TELLES (00370000022059841)		19/08/2020	300	0.3	R\$ 90,00
391660 - I	PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS (00379994062733912)		07/10/2020	178	0.3	R\$ 53,40
391664 - I	ANA LUCIA CUNHA TELLES (00370000022059841)		07/10/2020	88	0.3	R\$ 26,40
394805 - I	LUIZ OLENILDO ALVES FERNANDES (00370000023645620)		13/10/2020	178	0.3	R\$ 53,40
398529 - I	RENAN RAMOS RUSSO (00370000023645540)		19/10/2020	178	0.3	R\$ 53,40
425347 - I	PAULO CESAR NUNES DOS SANTOS (00379994062733912)		23/11/2020	88	0.3	R\$ 26,40

Totalizador por Operadora		Nº de USOs: 1188		Nº de atendimentos: 7		Valor: R\$ 356,40	
Totalizador		Nº de USOs: 1454		Nº de atendimentos: 8		Valor: R\$ 436,20	

IMPORTANTE: Este relatório contém valores brutos. Os valores serão alterados devido à dedução de impostos, possíveis taxas e ajustes necessários.

Guias: I - Intercâmbio E - Emergencial P - Possui procedimentos faturados para a empresa A - Concluída pelo App

Data e Hora de Emissão: 26/11/2020 09:29