odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-1º

2575268
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 11/12/25	4-Data de Autorização: 11/12/25	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 14717105	7-Data Validade da Senha: 09/02/26

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 9720130660000641	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: ASTCERJ	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
13-Nome: FELIPE REIS DA SILVA — 21/05/1995		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: OSMAR FERREIRA DA SILVA JUNIOR	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	18-Número no CRO: 16512	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 2620833787	22-Nome do Contratado Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO: 16512	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR		27-Número no CRO: 16512	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

025 - Faturar Empresa

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Data	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
	081000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/12/25		Felipe Reis
	084000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	19/12/25		Felipe Reis

43-Previsão Término do Tratamento: / /	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: 174,00	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 pertinentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 19/12/25	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/12/25 CRO-RJ 16327	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/12/25 Felipe Reis da Silva	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /