OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 335257

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	07/07/20	07/07/20	AUTORIZADO	50174829	05/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0037000014509353	POS REDE PRESTADORA	RIOSEGUR VIGILANCI	/ /	706907181238332

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRENO FERREIRA FLORIAO 03/01/2009	( ) -	ALEXANDRE MATEUS FLORIAO

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	CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	24440	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
00596288719	CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	24440	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CINTHYA PACHECO MORAIS DE OLIVEIRA	24440	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200 (I) 85100200
(I) 85100200
(I) 85100200

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	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	75	OM	1	88,00	0,00		S	03/09/2020		
2	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	74	MO	1	88,00	0,00		S	03/09/2020		
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	85	OD	1	88,00	0,00		S	04/09/2020		
4	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	84	OD	1	88,00	0,00		S	04/09/2020		
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61,00	0,00		S	08/09/2020		
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	08/09/2020		
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Cinthya P. M. de Oliveira
Cirurgiã-Dentista
Especialista em Odontologia Hospitalar
CRO-RJ 24440
12-2289486

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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	474,00	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

Paciente Especial. odontopediatria

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
08/09/20	08/09/20	08/09/20	08/09/20