odontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2121296
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	26/11/24	28/11/24	AUTORIZADO	13258272	24/02/25

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	8-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
97202261051008772	POS REDE PRESTADORA	HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO	/ /	

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOÃO CALACA DA SILVA 18/02/2009	(21) 97430-7900	CRISTINA CALACA DE SOUZA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

025 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26208377	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UB	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41- Motivo da Glosa	42-Assinatura
00	81006065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	26/11/24		
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	05/12/24		

43-Previsão Término do Tratamento	44-Tipo de Atendimento	45-Tipo de Faturamento	46-Total Quantidade UB	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	174,00	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 no 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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

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
/ /	05/12/24	05/12/24 Carlos A S da Silva	/ /

Marcos Paulo de Souza Gomes - Dentista
CRO-RJ 10.512-7