OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 293349
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	6-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	28/02/20	28/02/20	AUTORIZADO	50154908	28/05/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03737470019230005	POS REDE PRESTADORA	APEFRIO PLPART	/ /	700808981664290

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCOS BASTOS DO AMARAL 22/02/1972	( ) -	MARCOS BASTOS DO AMARAL

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Credenciamento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LUIZ CESAR BASSOUS PINHEIRO	15329	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
27227846772	LUIZ CESAR BASSOUS PINHEIRO	15329	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUIZ CESAR BASSOUS PINHEIRO	15329	RJ	

801 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 85100218
(I) 85100218

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
	08100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	28/02/20		
	08510218	RESTAURAÇÃO RESINA	15	DOM	1	122,00	0,00		S	18/03/20		
	08510218	RESTAURAÇÃO RESINA	24	DOM	1	122,00	0,00		S	02/03/20		
	08510218	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DMO	1	122,00	0,00		S	02/03/20		
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	11/03/20		

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	461,00	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 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
28/02/20	18/03/20	18/03/20	/ /