Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 357443

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
06414	14/08/20	17/08/20	AUTORIZADO	50184318	12/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 3 7 0 0 0 0 0 1 5 0 2 6 4 1 0	POS REDE PRESTADORA	QUALICORP CRC VENCIMENTO 30	/ /	700201986905023

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ULIANE AFONSO DAS NEVES ROCHA 06/05/1985	( ) -	JULIANE AFONSO DAS NEVES ROCHA

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	ODONTO CRISTAL DENTISTAS	37362	RJ	06

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 8 1 8 3 6 1 1 7 4 5	ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	37362	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANDRESSA LOURENCO PEREIRA DA COSTA SILVA	37362	RJ	

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
-	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00		S	20/08/20		x
-	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00		S	20/08/20		x
-	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00		S	20/08/20		x
-	00853004 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00		S	20/08/20		x
-	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00		S	20/08/20		x
-												
-												
-												
-												
-												
-												
-												
-												
-												
-												

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$
20/08/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	199,00	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

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
20/08/20	20/08/20	20/08/20	20/08/20

Clínica Odontológica Gama Cristal Ltda - M.E.
CNPJ: 18.119.798/0001-50
CRO da Clínica: EPAO 3851