OdontoLife
Tranquilidade para você e mais

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 471190
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	05/02/21	12/02/21	AUTORIZADO	8273993	06/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205213269000700 1	POS REDE PRESTADORA	MUITO MAIS SAUDE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARIA EDUARDA BRISSE SEKI 12/06/2005	( ) -	MARIA EDUARDA BRISSE SEKI

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	FLAVIA CARDOSO PEREIRA	20497	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02057710769	FLAVIA CARDOSO PEREIRA	20497	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
FLAVIA CARDOSO PEREIRA	20497	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-18
(I) 82001294-28

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	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	1860	00	00	S	18/02/21		Cintia B. Rangel
2-	00	82001294	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	1860	00	00	S	18/02/21		Cintia B. Rangel
3-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	38		1	73	00	00	S	18/02/21		Cintia B. Rangel
4-	00	82000875	EXODONTIA SIMPLES DE	48		1	73	00	00	S	18/02/21		Cintia B. Rangel
5-													
6-													
7-													
8-													
9-													
10-													
11-													
12-													
13-													
14-													
15-													

43-Data Previsão Término de 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-Orçamento 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	5180	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Em anulado - R$ anulado

Dr. Rafael Backer
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO - RJ 45849

50-Data Recebimento/Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Carimbo/Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data Recebimento/Assinatura do Executante	53-Data, local e Carimbo da Empresa
18/02/21	18/02/21	18/02/21 Cintia Brisse Rangel	

Dr. Rafael Backer
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO - RJ 45849