OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 347806

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	29/07/20	29/07/20	AUTORIZADO	50179922	27/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000122521344	POS REDE PRESTADORA	EDUCACAO INFANTIL	/ /	898004665472728

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SOPHIA DE SA CAMARA 27/06/2011	( ) -	VANESSA LIMA DE SA

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

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	54	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	10/09/2020		
2 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	55	OM	1	88,00	0,00	0,00	S	10/09/2020		
3 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61,00	0,00	0,00	S	14/09/2020		
4 -	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	64	DO	1	88,00	0,00	0,00	S	18/09/2020		
5 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	65	O	1	61,00	0,00	0,00	S	18/09/2020		
6 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00	0,00	S	24/09/2020		
7 -													
8 -													
9 -													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

Cinthya P. M. de Oliveira
Odontopediatra - pediatra
especialista, chefe odontologia
HMRPS CRO-RJ 24440
12-2209480

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	447,00	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: 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
24/09/20	24/09/20	24/09/20	24/09/20