OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

314798

1-Registro ANS: 406414	2-Data da Emissão da Guia: 19/05/20	4-Data de Autorização:	5-Senha: PENDENTE DE LIBERAÇÃO	6-Número da Guia Principal: 314798	7-Data Validade da Senha: 17/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira: 00379904084752159	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: INSTITUTO DOR DE G	11-Data Validade da Carteira:	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 706008046440950
13-Nome: ANDRESSA JONES BARBOSA DA SILV 21/05/1997		14-Telefone: ( )	15-Nome do Titular do plano: ANDRESSA JONES BARBOSA DA SILV	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Credenciado a SIM: N	17-Nome do Profissional Solicitante: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	18-Número no CRO: 35861	19-UF: RJ	20-Código CBO:
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 10835694/0001-71	22-Nome do Contratado Executante: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS	23-Número no CRO: 35861	24-UF: RJ	25-Código CNES:
26-Nome do Profissional Executante: BRUNO TADEU DE AGUIAR MARTINS		27-Número no CRO: 35861	28-UF: RJ	29-Código CBO:

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

	30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Status da Glosa	42-Anotações
1	00	81000049	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	340	000		N	19/05/20		
2	00	85400467	RECIMENTAÇÃO DE TRABALHO	16		1	80	000		N	19/05/20		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

10.835.694/0001-71
FARIA E MARTINS
CLINICA ODONTOLOGICA SS LTDA - ME
RUA BARATA RIBEIRO 370 SALA 201
CEP: 22011-000
RIO DE JANEIRO - RJ

43-Data Previsão Término do Tratamento:	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Clínico/Cirúrgico 2-Diagnóstico Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade UR: 420	47-Valor Total R$: 000	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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 as despesas conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 19/05/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 19/05/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 19/05/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 19/05/20

Dr. Bruno Tadeu de Aguiar Martins
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 35861

Dr. Bruno Tadeu de Aguiar Martins
Cirurgião-Dentista
CRO-RJ 35861