OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 382234 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	23/09/20	23/09/20	AUTORIZADO	50193972	22/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370000015108786	POS REDE PRESTADORA	CAKE & CO PRODUTOS	/ /	704102671810950

13-Nome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CAROLINA DA SILVA LIMA	13/08/1989	( ) -	ANA CAROLINA DA SILVA LIMA

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	ROBERTO LEONARDO MISAEL FREIRE	43577	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85400262-16

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05871896175	ROBERTO LEONARDO MISAEL FREIRE	43577	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ROBERTO LEONARDO MISAEL FREIRE	43577	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
1	00	85402626	PINO PRE-FABRICADO	16		1	118,00	0,00		S	29/09/20		
2											/ /		
3											/ /		
4											/ /		
5											/ /		
6											/ /		
7											/ /		
8											/ /		
9											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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$
29/09/20	1	1	118,00	0,00	

1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência
1-Total 2-Parcial

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
29/09/20	29/09/20	29/09/20	/ /

Roberto L. M. Freire
Cirurgião Dentista
CRO-RJ 43.577