

02/02/26

OdontoLife[®]
tranquilidade para você sorrirUad
09/12

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

2567982
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 04/12/25	4-Data de Autorização 08/12/25	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 14691075	7-Data Validade da Senha 02/02/26
Dados do Beneficiário					
8-Número da Carteira 00202510550601087703	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
13-Nome MARIANA DE PAULA FIOUX SILVA		14-Telefone 03/01/1998	15-Nome do titular do plano PAULINO BALBINO DA SILVA		
Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento					
16-Atendimento a RH N	17-Nome do Profissional Solicitante CRISTIANE HENRIQUES MOREIRA NEVES	18-Número no CRO 44281	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 04068272000184	22-Nome do Contratado Executante CLINICA ODONTOLOGICA MONTE VERDE S/S LTDA	23-Número no CRO 44281	24-UF SP	25-Código CNES 9999999	
26-Nome do Profissional Executante CRISTIANE HENRIQUES MOREIRA NEVES		27-Número no CRO 44281	28-UF SP	29-Código CBO S	

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	0085300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S			04/12/25 Mariana
2	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	L	1	61,00	0,00		S			04/12/25 Mariana
3	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	V	1	61,00	0,00		S			04/12/25 Mariana
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

43-Data Previsão Término do Tratamento / /	44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US 266,00	47-Valor Total R\$ 0,00	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 os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação Ato 85100196 Necessário apresentação de foto inicial para autorização. Ato 85100196 Necessário apresentação de foto inicial para autorização.
--

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Contratado 04/12/25 Mariana Dra. Cristiane H. M. Neves CRO 44281	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião Dentista Contratado 04/12/25 Mariana Dra. Cristiane H. M. Neves CRO 44281	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 04/12/25 Mariana	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /
---	---	---	--