odontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 373172
INTERCÂMBIO

stro ANS 414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/20	4-Data de Autorização 10/09/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 50190536	7-Data Validade da Senha 09/12/20

do Beneficiário

ero da Carteira 0372218000092516	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa ASBAC	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde 702907513130577
me RLENE OLIVEIRA DE LIMA 17/10/1946		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano SIMONE DE LIMA GREGORY	

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante MARCIA MARTINS PEREIRA	18-Número no CRO 20672	19-UF RJ	20-Código CBO S
igo na Operadora / CNPJ / CPF 17571768025	22-Nome do Contratado Executante MARCIA MARTINS PEREIRA	23-Número no CRO 20672	24-UF RJ	25-Código CNES
me do Profissional Executante RCIA MARTINS PEREIRA		27-Número no CRO 20672	28-UF RJ	29-Código CBO S

801 - Faturar Empresa

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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-Ass
	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	06/12/2020		Marlene
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	06/12/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	06/12/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	06/12/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	06/12/2020		

a 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 174,00	47-Valor Total R$ 0,00	48-Total Franquia / Co-participação

o, 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 p
to. 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
ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 06/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 06/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 06/12/20 Marlene O. de Lima	53-Data, local e Carimbo da Empresa