GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 408584

INTERCÂMBIO

odontoLife® tranquilidade para você sorrir

ro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	29/10/20	29/10/20	AUTORIZADO	50202688	27/01/21

o Beneficiário					
ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde	
037991940651231810	POS REDE PRESTADORA	LUCIA MARIA CORREA	/ /	702909532653174	
	12/02/1948	14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano	LUCIA MARIA CORREA DA SILVA	

ne
CIA MARIA CORREA DA SILVA

do Contratado Responsável pelo Tratamento						
endimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S	801 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 85100218	
	ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	20598	RJ			
ódigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES		
01160868743	ANNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP	20598	RJ			
		27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S		
		20598	RJ			

lome do Profissional Executante
NNA ALEXANDRA BESERRA VIEIRA AUIP

o de Tratamento / Procedimentos Solicitados												
	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-Assina
1 -		00851002180	RESTAURAÇÃO RESINA	22	MDP	1	1220	0,00	0,00	S	/ /	
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
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1220	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 pr
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,
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 / /