OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

416092
INTERCÂMBIO

| gistro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 6414 | 10/11/20 | 11/11/20 | AUTORIZADO | 50205166 | 08/02/21 |

s do Beneficiário

| mero da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Numero do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0370000006350634 | POS REDE PRESTADORA | FUNDACAO APOIO AO CORPO | / / | 708508367643076 |

| ome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| IA CRISTINA NUNES COCO 03/08/1964 | ( ) - | PAULO CESAR COCO |

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

| tendimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| | THALYTA BRAGA DE MORAES | 46146 | RJ | |

801 - Faturar Empresa

| ódigo na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 02156917847 | THALYTA BRAGA DE MORAES | 46146 | RJ | |

| ome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| IALYTA BRAGA DE MORAES | 46146 | RJ | |

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

| abela | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 00810065 | CONSULTA ODONTOLOGICA | | | 1 | 34 | 00 | 00 | S | 27/11/20 | | ACNC |
| | 00853047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASE | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 27/11/20 | | ACNC |
| | 00853047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAIE | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 27/11/20 | | ACNC |
| | 00853047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HAID | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 27/11/20 | | ACNC |
| | 00853047 | RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL | HASD | | 1 | 36 | 00 | 00 | S | 27/11/20 | | ACNC |

| ata 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 | 178,00 | 00,00 | |

aro, 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 rato. 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 entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

bservação

| ata, 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 |
|---|---|---|---|
| / / | 27/11/20 Dra. Thalyta Braga Cirurgiã-Dentista CRO-RJ 46.146 | 27/11/20 Ana C Nunes Coco | / / |