OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

420929
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	17/11/20	17/11/20	AUTORIZADO	50206752	15/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003749946085175 19	POS REDE PRESTADORA	LEONARDO DAVI GOME		700400752919750

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do Plano
FLAVIA DA CONCEICAO NASCIMENTO 09/02/1976	( )	LEONARDO DAVI GOMES

Dados do Contratado Executante (Dentista Solicitante)

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02858417123	CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CRISTIANE RODRIGUES DE PAULA	33729	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-Assinatura do Cliente	42-Assinatura
1	00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	00,00		S	17/11/20		
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

43-Data Prevista 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	340	0,00	

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas do 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), 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 previstos 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
17/11/20	17/11/20	17/11/20	17/11/20

Drª Cristiane de Paula
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 33729