odontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1243674
INTERCÂMBIO

stro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	24/11/22	13/12/22	AUTORIZADO	10632054	22/02/23

do Beneficiário

ero da Carteira	8-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 2 5 5 2 9 9 6 3 0 0 0 0 0 1 0 2	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MYLLENA COSTA DOS SANTOS 23/08/2005	(21)	DEBORA CARLA CONCEICAO CARDOSO

de Contratado Responsável pelo Tratamento

dimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

025 - Faturar Empresa

digo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
2 6 2 0 8 3 3 7 8 7	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

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-Assinatura
	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4,0 0	0,0 0		S	20/12/22		[illegible]
	0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	6 1,0 0	0,0 0		S	20/12/22		[illegible]
	0 8 5 1 0 0 1 9 6	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	6 1,0 0	0,0 0		S	/ /		

a 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	1 5 6,0 0	0,0 0	

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

servação

Alessa Bispo de Alencar
CIRURGIÃ - Dentista
CRO - RJ 16.512-7

a, 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
/ /	12/12/22	20/12/22 Myllena C. dos Santos	/ /