odontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1127543
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	01/09/22	05/09/22	AUTORIZADO	10319889	30/11/22

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202542710900000202	POS REDE PRESTADORA	DEXCO SA		

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
BRUNNO ALVES DA ROCHA 25/06/1998	(21) 99478-2912	ADRIANA DE BARROS ALVES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Procedimento 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

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26208337871	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

Dados do 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- Motivo da Glosa	42-Assinatura
0	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	01/09/22		
0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	15/09/22		
0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	15/09/22		
0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	15/09/22		
0	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	15/09/22		

43-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	0,00	

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

...ervação

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
/ /	15/09/22	15/09/22 Brunno A. da Rocha	/ /

Cirurgião - Dentista
CRO-RJ 16.912-7