OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 313562
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
406414	15/05/20	15/06/20	CONCLUÍDO	7565507	13/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0020250984340000450 2	POS REDE PRESTADORA	CONSEG ADMINISTRADORA DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LUCIA DE FATIMA RODRIGUES FERREIRA 10/10/1960	( ) -	EVAIR ROSA ELIAS

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	LUZ ODONTO SAUDE INTEGRADA EMERGENCIA COMERCIAL	9234	GO	04

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
007056761100	MARCIA LUZ MARQUES	9234	GO	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARCIA LUZ MARQUES	9234	GO	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-45
(I) 81000421-

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- Motivo da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	45		1	258,00	0,00		S	01/07/20		Lucia
2 -	00	81000421	RX PERIAPICAL	RMID		1	14,00	0,00		S	01/07/20		Lucia
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	272,00	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 previstos e 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, os valor referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação: Imagens enviada no portal.

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
01/07/20	01/07/20	01/07/20 Lucia de Fátima	01/07/20

CNPJ: 10.637.5[illegible]0001-00
LUZ ODONTO SAÚDE INTEGRADA LTDA.
Rua S-27 Lt. 06 Nº 300
Setor Bela Vista
CEP: 74.823-470
Goiânia-GO