odontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

322172
INTERCÂMBIO

414	09/06/20	09/06/20	AUTORIZADO	50165561	07/09/20

03799924031	POS REDE PRESTADORA	ECOPRINT IMPRESSOR		708609060917787
CLEIBER DO NASCIMENTO PACHECO 27/10/1980		( )	CLEIBER DO NASCIMENTO PACHECO	

CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ		801 - Faturar Empresa
26263373228	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	
STIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ		

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
08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	0,00	S	25/06/2020
08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	38,00	0,00	0,00	S	25/06/20
08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	38,00	0,00	0,00	S	25/06/20
08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	38,00	0,00	0,00	S	25/06/20
08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	38,00	0,00	0,00	S	25/06/20

/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1900	000	

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, a 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.

ação

DR CRISTIANE S SENRA COUTINHO
Cirurgiã Dentista
CRO RJ 24681

Lisnabrás Liliane Senra

Lisnabrás

odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 328838

INTERCÂMBIO

ro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	23/06/20	24/06/20	AUTORIZADO	50172120	21/09/20

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 3 7 9 9 9 4 0 5 9 8 8 8 2 2 6	POS REDE PRESTADORA	01 ADMINISTRACAO	/ /	703202653003691

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MA TEUS MIRIM JOSE SANTIAGO FIG 02/04/1998	( ) -	MATEUS MIRIM JOSE SANTIAGO FIG

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

801 - Faturar Empresa

digo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 2 6 2 6 3 5 3 7 2 8	CRISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ISTIANE SANTOS SENRA COUTINHO	24681	RJ	

de 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 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	4 7	0 0	0 0 0	S	25/06/20		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	3 8	0 0	0 0 0	S	25/06/20		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	3 8	0 0	0 0 0	S	25/06/20		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	3 8	0 0	0 0 0	S	25/06/20		
	0 8 5 3 0 0 0 4 7	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	3 8	0 0	0 0 0	S	25/06/20		

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$
25/06/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1 9 9 0 0	0 0 0	

ro, 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 sto. 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.

servação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
25/06/20 CRISTIANE S. SENRA COUTINHO Cirurgiã-Dentista CRO RJ 24681	25/06/20 Cristiane Senra	25/06/20	/ /