OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 348677
INTERCÂMBIO

tro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 30/07/20	4-Data de Autorização: 30/07/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 50180474	7-Data Validade da Senha: 28/10/20

do Beneficiário

ero da Carteira: 0370000287917765	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: COOPATAXI C DE C E T DOS M A T	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 709205277964432
me: RIA DA GLORIA GOMES 06/11/1960		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: MARIA DA GLORIA GOMES	

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: MARCIA MARTINS PEREIRA	18-Número no CRO: 20672	19-UF: RJ	20-Código CBO S:
igo na Operadora / CNPJ / CPF: 17571768025	22-Nome do Contratado Executante: MARCIA MARTINS PEREIRA	23-Número no CRO: 20672	24-UF: RJ	25-Código CNES:
me do Profissional Executante: RCIA MARTINS PEREIRA		27-Número no CRO: 20672	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

801 - Faturar Empresa

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-Ass
	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	31/07/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	31/07/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	31/07/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	31/07/2020		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	31/07/2020		
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	11	V	1	61,00	0,00		S	18/08/2020		
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	O	1	61,00	0,00		S	18/08/2020		
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	M	1	61,00	0,00		S	18/08/2020		

e Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 357,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participaçã

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

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 31/07/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 31/07/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 31/07/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /