OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1440846
INTERCÂMBIO

stro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 08/05/23	4-Data de Autorização: 11/05/23	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 11190960	7-Data Validade da Senha: 06/08/23

do Beneficiário

ero da Carteira: 02025445925000000102	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: DENTAL UNI COOPERATIVA	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
me: NEUZA BARBOSA FERREIRA 15/01/1959	14-Telefone: (21) 99224-5000	15-Nome do titular do plano: GABRIELLE BARBOSA FERREIRA		

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	18-Número no CRO: 16512	19-UF: RJ	20-Código CBO S: 025 - Faturar Empresa
digo na Operadora / CNPJ / CPF: 62083378 7	22-Nome do Contratado Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR	23-Número no CRO: 16512	24-UF: RJ	25-Código CNES:
me do Profissional Executante: ELIANE BISPO DE ALENCAR		27-Número no CRO: 16512	28-UF: RJ	29-Código CBO S:

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
	08100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	11/05/23		
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	P	1	61,00	0,00		S	11/05/23		
	08510196	RESTAURAÇÃO RESINA	21	V	1	61,00	0,00		S	18/05/23		

a 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: 156,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: / /	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 18/05/23	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 18/05/23 Neuza B Ferreira	53-Data, local e Carimbo da Empresa: / /

Conselho Regional de Odontologia do Rio de Janeiro - Dentista CRO-RJ 16.512-7