OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

381147
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
06414	22/09/20	22/09/20	AUTORIZADO	50193603	21/12/20

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
037994064558255	POS REDE PRESTADORA	EMPRESA BRASILEIRA	/ /	700504745770057

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
UCAS DE OLIVEIRA FERREIRA PIN 13/12/1997	( ) -	PATRICIA RODRIGUES ALVES PINTO

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	HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	26384	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
07106976784	HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	26384	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HELENA MOUTINHO PIMENTA DE MATTOS	26384	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	22/09/20		

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$
22/09/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	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 em 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 valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

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
22/09/20 Dra. Helena Moutinho Cirurgiã - Dentista CRO RJ - 26384	22/09/20 ODONTO MOUTINHO SERV. ODONT. LTDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPAO / RJ 3494 Insc. Municipal: 0521154-9	22/09/20 Elves de Oliveira F. Pinto	22/09/22 ODONTO MOUTINHO SERV. ODONT. LTDA CNPJ: 14.092.419/0001-25 EPAO / RJ 3494 Insc. Municipal: 0521154-9