OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

375319
INTERCÂMBIO

gistro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
6414	15/09/20	15/09/20	CONCLUÍDO	50191342	14/12/20

s do Beneficiário

mero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
03732010110181703	POS REDE PRESTADORA	PEDRO II PL.PART.	/ /	708400249416561

ome		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ERALDA NATALINA DE OLIVEIRA M	06/08/1953	(21) 2569-0607	GERALDA NATALINA DE OLIVEIRA M

s do Contratado Responsável pelo Tratamento

tendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	MARCOS CARVALHO DA SILVA	16315	RJ	

801 - Faturar Empresa

ódigo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
31381425704	MARCOS CARVALHO DA SILVA	16315	RJ	

ome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ARCOS CARVALHO DA SILVA	16315	RJ	

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

abela	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
	00810003 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	47,00	0,00	,	S	01/10/20		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		
						,	,	,		/ /		

ata 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	47,00	0,00	,

aro, 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 rato. 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 valo entes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

bservação

Marcos Carvalho da Silva
Cirurgião - Dentista
CRO 16315-9

ata, 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
/ /	15/09/20	15/09/20	/ /