OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 360204
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
406414	19/08/20	19/08/20	AUTORIZADO	50185363	17/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
003799940645958	POS REDE PRESTADORA	ASSOCIACAO DA IGRE	/ /	898004634136858

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HUGO BRUNO PEREIRA DOS SANTOS 31/01/2008	( ) -	BRUNO ROBERTO PEREIRA DOS SANT

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	LAIS PEREIRA CAPPATO	43323	RJ	

801 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
111625254769	LAIS PEREIRA CAPPATO	43323	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LAIS PEREIRA CAPPATO	43323	RJ	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-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
1 - 00	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00		0,00	S	10/09/20		
2 -												
3 -												
4 -												
5 -												
6 -												
7 -												
8 -												
9 -												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Dra Lais Cappato
Clínica Geral e Ortodontia
Cro-Rj 43323

Dra Lais Cappato
Clínica Geral e Ortodontia
Cro-Rj 43323

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$
/ /	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 er 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 assine esse documento, os valore referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-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
10/09/20	10/09/20	10/09/20	/ /