OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2121284 INTERCÂMBIO

stro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	26/11/24	28/11/24	AUTORIZADO	13258039	24/02/25

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
972026051008764	POS REDE PRESTADORA	HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CARLOS ALBERTO SANTOS DA SILVA 24/07/1972	(21) 97430-7900	CRISTINA CALACA DE SOUZA

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

025 - Faturar Empresa

digo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26203837871	ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ELIANE BISPO DE ALENCAR	16512	RJ	

de Tratamento / Procedimentos Solicitados

dela	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	26/11/24		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO			1	140,00	0,00		S	05/12/24		

a 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	174,00	0,00	

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 previs
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 v
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	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	05/12/24	05/12/24 Carla X.S. da Silva	/ /