odontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 771473 INTERCÂMBIO

tro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	08/11/21	16/11/21	AUTORIZADO	9262957	06/02/22

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025307816000049 01	POS REDE PRESTADORA	ACV TECLINE ENGENHARIA LTDA	/ /	

me		14-Telefone	15-Nome do titular do plano
FRANCISCO FELIPE BESERRA DE ARAUJO ROCHA	11/09/1985	(21) 96446-3058	FRANCISCO FELIPE BESERRA DE ARAUJO ROCHA

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

igo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
26208337871	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	

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-Validade Guia	42-
	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	16/11/21		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	22/11/21		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	22/11/21		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	22/11/21		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	22/11/21		

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
/ /	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 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 [illegible] 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
/ /	22/11/21	22/11/21	/ /

Eliane Bispo de Alencar
Cirurgiã-Dentista
CRO-RJ 16.512-7