OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 482182
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	22/02/21	23/02/21	AUTORIZADO	8317500	23/05/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205267120000001 02	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
HAMILTON FRAZAO DAMICO 04/09/1954	( ) -	HAMILTON FRAZAO DAMICO

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	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	49467	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
14128541729	KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	49467	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KARINNE RODRIGUES ALVES LIMA	49467	RJ	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218
(I) 81000421-RPSE

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	85102018	RESTAURAÇÃO RESINA	25	DPV	1	122	00,00	0,00	S	23/02/21		
2 -	00	81004021	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14	00,00	0,00	S	23/02/21		
3 -											/ /		
4 -											/ /		
5 -											/ /		
6 -											/ /		
7 -											/ /		
8 -											/ /		
9 -											/ /		
10											/ /		
11											/ /		
12											/ /		
13											/ /		
14											/ /		
15											/ /		

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	136,00	0,00	,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.

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
23/02/21 Karinne R. Alves Lima Cirurgião-Dentista CRO-RJ 49.467	23/02/21 Karinne R. Alves Lima Cirurgião-Dentista CRO-RJ 49.467	23/02/21	/ /

ODONTO MOUTINHO SERV. ODONT. LTDA
CNPJ: 14.0[illegible]419/0001-25
EPAO/ANS 3494
Insc. Municipal: 0521154-9