OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 316222
INTERCÂMBIO

Registro ANS 6414	3-Data de Emissão da Guia 23/05/20	4-Data de Autorização 26/05/20	5-Senha AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7586614	7-Data Validade da Senha 21/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira 0202510550600753502	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa INSTITUTO DE ASSISTENCIA	11-Data Validade da Carteira / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
13-Nome ISABELA FARIA APOLINARIO 05/06/2012		14-Telefone ( ) -	15-Nome do titular do plano ALINE DE FARIA	

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES	18-Número no CRO 74198	19-UF SP	20-Código CBO S	025 - Faturar Empresa
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 29707015888	22-Nome do Contratado Executante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES	23-Número no CRO 74198	24-UF SP	25-Código CNES	
26-Nome do Profissional Executante PAULA CRISTINA MARQUES PONTES		27-Número no CRO 74198	28-UF SP	29-Código CBO S	

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	84009090	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLÚOR			1	72,00	0,00		S	27/05/20		Aline Faria

Data Previsão Término do Tratamento / / | 44-Tipo de Atendimento 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 45-Tipo de Faturamento 1-Total 2-Parcial | 46-Total Quantidade US 72,00 | 47-Valor Total R$ 0,00 | 48-Total Franquia / Co-participação R$

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 do tratamento. 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 correspondentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 27/05/20 Paula Pontes	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 27/05/20 Paula Pontes	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 27/05/20 Aline Faria	53-Data, local e Carimbo da Empresa / /