01

OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331746
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	30/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	50173459	28/09/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00370086730	POS REDE PRESTADORA	QUALIVIDA COMAER	/ /	898004855309828

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DELMA CRISTINA PEREIRA DA SILV 12/10/1954	( ) -	DELMA CRISTINA PEREIRA DA SILV

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	MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	31345	RJ	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05471631871 2	MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	31345	RJ	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MONIQUE GOMES MUNIZ FERREIRA	31345	RJ	

801 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200140-14

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	81001030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34	00	0,00	S	07/07/20	K	
2-	00	85201400	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	14		1	333	00	0,00	S	07/07/20	K	
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	367,00	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 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
07/07/20 Monique Ferreira	07/07/20 Monique Ferreira	07/07/20	07/07/20

Monique G. M. Ferreira
Cirurgiã Dentista
CRO-RJ 31345