OdontoLife
Tranquilidade para você e seu

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2016901
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	04/09/24	04/09/24	AUTORIZADO	12925867	03/12/24

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250511567120000010102	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JANAINA ESPINAR CORREA 08/10/1977	( ) -	LUIZ ANTONIO DE MORAIS

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	MATHEUS SANGALLI FILIPPIN	119631	SP	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
39798832000130	CLINICA M F SERVICOS ODNTOLOGICOS LTDA	119631	SP	0540323

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MATHEUS SANGALLI FILIPPIN	119631	SP	

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61,00	0,00		S	04/09/24		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	V	1	61,00	0,00		S	04/09/24		
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													

39.798.832/0001-30
CLÍNICA M. F. SERVIÇOS ODONTOLÓGICOS LTDA
Av. Senador César Vergueiro, 934
Sala 32
Jardim Irajá - CEP 14020-510
RIBEIRÃO PRETO - SP

Matheus S. Filippin
Cirurgião-Dentista
CROSP 119.631

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	122,00	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) em meu benefício 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.

Matheus S. Filippin
Cirurgião-Dentista
CROSP 119.631

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
04/09/24	/ / Matheus S. Filippin	04/09/24	04/09/24