Odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2560501
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS: 406414	3-Data de Emissão da Guia: 27/11/25	4-Data de Autorização: 27/11/25	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 14965443
7-Data Validade da Senha: 25/01/26				

Dados do Beneficiário

8-Número do Cartão: 00205054720801901101	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: TUPY MINAS GERAIS LTDA	11-Data Validade do Cartão:
12-Número do Cartão Nacional de Saúde: 700207481023924			
13-Nome: ALEX LISBOA SILVA	14/05/1994	14-Telefone: ( )	15-Nome no Braço do Usuário: ALEX LISBOA SILVA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN: N	17-Nome do Profissional Executante: ODONTODOC	18-Número no CRO: 16819	19-UF: MG	20-Código CBO S: 09
025 - Faturar Empresa				
21-Código na Operadora / CNPJ / CPF: 04648180001701	22-Nome do Contratado Executante: ODONTORAD - ODONTOLOGIA E IMAGINOLOGIA	23-Número no CRO: 16819	24-UF: MG	25-Código CNES: 9741542
26-Nome do Profissional Executante: RODRIGO PIO MARTINS		27-Número no CRO: 16819	28-UF: MG	29-Código CBO S:

Procedimentos Realizados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Fração/Coparticipação R$	39-Qtd	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1-	00810042101	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	00	5	27/11/25		
2-	00810042101	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	00	5	27/11/25		
3-	00810042101	RX PERIAPICAL	RMSE		1	14	00	00	5	27/11/25		
4-												
5-												
6-												
7-												
8-												
9-												
10-												
11-												
12-												
13-												
14-												
15-												

43-Data Prevista Término do Tratamento: 27/11/25	44-Tipo de Atendimento: 2-Tratamento Odontológico 3-Exame Radiológico 5-Urgência 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 42	47-Valor Total R$: 00	48-Total Fração/Coparticipação R$:

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 em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, a ser nim submetido(s), foi/foram esclarecido(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assinou este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação:

50-Data Assinatura Cirurgião Dentista: 27/11/25	51-Data Assinatura Cirurgião Dentista Executante: 27/11/25	52-Data Assinatura do Beneficiário: 27/11/25	53-Data Assinatura Carimbo da Empresa: 27/11/25

Rodrigo Pio Martins
CRO MG 16819

ODONTORAD LTDA
CNPJ: 04.648.180/0001-7

Digitalizado com CamScanner