OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 427836 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	25/11/20	28/11/20	AUTORIZADO	8090356	23/02/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00202510430500015301	POS REDE PRESTADORA	IVECO LATIN AMERICA LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CIBELE CRISTINA LEOPOLDINO SKNEIPP 09/03/1983	( ) -	CIBELE CRISTINA LEOPOLDINO SKNEIPP

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	ODONTODOC	18381	MG	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
80071929649	ANDERSON LARA E SILVA	18381	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANDERSON LARA E SILVA	18381	MG	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (I) 81000405

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
00	81004050	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00		S	02/12/2020		

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$
02/12/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	78,00	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.

Observação

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
/ /	02/12/20 Anderson Lara e Silva CRO 18381	02/12/20	02/12/20

CNPJ 16.716.710/0001-12
ODONTODOC - RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICAS E DOCUMENTAÇÃO ORTODÔNTICA LTDA.
Av. Abílio Machado, 1264 - Sala 406
Bairro Centro - Cep 30.830-000
BELO HORIZONTE - MINAS GERAIS