OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 352208

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	06/08/20	07/08/20	AUTORIZADO	7766265	04/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025065501418101	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GERLANE MALAQUIAS DOS SANTOS 27/05/1974	(31) 0000-0000	GERLANE MALAQUIAS DOS SANTOS

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	43418	MG	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
106791764 7	DANIEL FELIPE NUNES	43418	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
DANIEL FELIPE NUNES	43418	MG	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-RIS (I) 81000375-RPE
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RPD (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
1- 00	81004021	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00	0,00	S	08/08/2020		
2- 00	81003075	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00	0,00	S	08/08/2020		
3- 00	81003075	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00	0,00	S	08/08/2020		
4- 00	81003075	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00	0,00	S	08/08/2020		
5- 00	81003075	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00	0,00	S	08/08/2020		
6- 00	81004055	RADIOGRAFIA PANORÂMICA			1	78,00	0,00	0,00	S	08/08/2020		
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$
08/08/20	2 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	2 1-Total 2-Parcial	148,00	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 e 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 valore 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
06/08/20	08/08/20	08/08/20	08/08/20

Daniel Felipe Nunes
CRO-MG 43.418

CONTERMESC LTDA.
CNPJ 17.468.550/0001-04