OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

Concluída

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 2567010
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	03/12/25	10/12/25	AUTORIZADO	14687526	01/02/26

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00250675917000381 02	POS REDE PRESTADORA	DENTSCARE LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAMILA LEITE CINTRA SORREN 19/05/1990	( ) -	ALAN PABLO VIANA SORREN

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	VITAE ODONTO	84090	SP	10

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
22408139001001	TACYANE PETROLLI ALBERICI	84090	SP	6303110

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TACYANE PETROLLI ALBERICI	84090	SP	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100200

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	81000065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	03/12/25		x Camila
2	00	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	05/01/26		x Camila
3	00	85100200	RESTAURAÇÃO RESINA	36	OD	1	88,00	0,00		S	20/01/26		x Camila
4	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61,00	0,00		S	20/01/26		x Camila
5	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	O	1	61,00	0,00		S	19/01/26		x Camila
6	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61,00	0,00		S	19/01/26		x Camila
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	449,00	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 valor referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação
Ato 85100200 Necessario anexar radiografia no site para autorizacao Ato 85100200 Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao Ato 85100196 Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao Ato 85100196 Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao Ato 85100196 Necessario apresentacao de foto inicial para autorizacao

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
20/01/26	20/01/26	20/01/26 x Camila Sorren	/ /

Tacyane Petrolli Alberici
CRO/SP: 84.090