odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 436735
INTERCÂMBIO

ro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
314 406414	08/12/20	09/12/20	AUTORIZADO	8127161	08/03/21

o Beneficiário

ro da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00 2 0 2 5 3 2 8 9 5 3 0 0 0 0 0 1 0 1	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

e	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CAROLINA RENOVATO TORETTI 23/07/1995	( ) -	CAROLINA RENOVATO TORETTI

o Contratado Responsável pelo Tratamento

dimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA	33091	MG	04

025 - Faturar Empresa

go na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 3 8 4 5 0 5 3 6 8 2	GUILHERME MATOSO DE FARIA	33091	MG	

e do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
GUILHERME MATOSO DE FARIA	33091	MG	

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	0 8 1 0 0 0 0 6 5	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	18/12/20		X
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		

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$
18/12/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	3 4 0 0	0 0 0	

o, 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 to. 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 ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

, 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
/ /	18/12/20 Guilherme Matoso de Faria CIRURGIÃO DENTISTA CRO-MG 33091	18/12/20 X	/ /