OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

431074
INTERCÂMBIO

stro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 01/12/20	4-Data de Autorização: 01/12/20	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8103879	7-Data Validade da Senha: 01/03/21

do Beneficiário

ero da Carteira: 02025271125001751 02	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde:
me: MARILICE BALANSIN 29/08/1964	14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: DANIEL CHIELE		

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: LUCINDO ANGELO PALUDO	18-Número no CRO: 9446	19-UF: RS	20-Código CBO S:
digo na Operadora / CNPJ / CPF: 8026015053	22-Nome do Contratado Executante: LUCINDO ANGELO PALUDO	23-Número no CRO: 9446	24-UF: RS	25-Código CNES:
me do Profissional Executante: CINDO ANGELO PALUDO		27-Número no CRO: 9446	28-UF: RS	29-Código CBO S:

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMD (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS
(I) 81000375-RPE (I) 81000421-RII

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
	08100030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	03/12/20		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	03/12/20		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	03/12/20		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	03/12/20		
	08400198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	03/12/20		
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RMD		1	14,00	0,00		S	03/12/20		
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPD		1	14,00	0,00		S	03/12/20		
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RPE		1	14,00	0,00		S	03/12/20		
	08100375	RX INTERPROXIMAL - BITE-	RME		1	14,00	0,00		S	03/12/20		
	08100421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	03/12/20		
	08100421	RX PERIAPICAL	RII		1	14,00	0,00		S	03/12/20		
										/ /		
										/ /		
										/ /		
										/ /		

a Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 258,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$: ,

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

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 03/12/20	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 03/12/20	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 03/12/20	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 03/12/20

Dr. Lucindo Ângelo Paludo
Cirurgião Dentista - CRO 9446
CPF 380.260.150-53
Fone: (54) 3268 2341