ON

Odontolife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 764798
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/11/21	01/11/21	AUTORIZADO	9243101	30/01/22

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Numero do Cartão Nacional de Saude
00205251506030000361 01	POS REDE PRESTADORA	SELBETTI GESTAO DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
SERGIO LEONCIO RODRIGUES 27/12/1969	( ) -	SERGIO LEONCIO RODRIGUES

Dados do Contratado Responsavel pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CLINICERTA	23855	MG	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CNES
03221851650	ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO	23855	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO	23855	MG	

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	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	23	V	1	61	00	00	S	01/11/21		
2	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61	00	00	S	01/11/21		
3	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	44	V	1	61	00	00	S	01/11/21		
4													
5													
6													
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$
01/11/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	183 00	00	

Declaro, que apos 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 valo res 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 Beneficiario / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
01/11/21	01/11/21 Ana Paula de V. Ministerio CRO-MG: 23.855	01/11/21	01/11/21 Ana Paula de V. Ministerio CRO-MG: 23.855

14