OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 315535

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	21/05/20	26/05/20	AUTORIZADO	7581945	19/08/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205272200000005001	POS REDE PRESTADORA	INDUSTRIA E COMERCIO DE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ALINE CALCADA PERES 20/11/1984	( ) -	ALINE CALCADA PERES

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	ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
27713232818	ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANDERSON COUTINHO FELICIO	14941	SC	

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	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35	0,00	0,00	S	30/05/20		ACP
2	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35	0,00	0,00	S	30/05/20		ACP
3	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35	0,00	0,00	S	30/05/20		ACP
4	00	84001998	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35	0,00	0,00	S	30/05/20		ACP
5	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61	0,00	0,00	S	12/06/20		ACP
6	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	0,00	0,00	S	12/06/20		ACP
7	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	18	O	1	61	0,00	0,00	S	24/06/20		ACP
8	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	O	1	61	0,00	0,00	S	30/05/20		ACP
9	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	16	O	1	61	0,00	0,00	S	30/05/20		ACP
10	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	37	O	1	61	0,00	0,00	S	24/06/20		ACP
11	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	38	O	1	61	0,00	0,00	S	24/06/20		ACP
12	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	35	V	1	61	0,00	0,00	S	24/06/20		ACP
13	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	45	O	1	61	0,00	0,00	S	24/06/20		ACP
14	00	85110196	RESTAURAÇÃO RESINA	48	O	1	61	0,00	0,00	S	24/06/20		ACP
15											/ /		ACP

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	750,00	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 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 valores 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
29/05/20	29/05/20	29/05/20 Aline C. Peres	29/05/20 Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14.941