odontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 448253
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
414	06/01/21	06/01/21	AUTORIZADO	8174388	06/04/21

do Beneficiário

ro da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025271124002282201	POS REDE PRESTADORA	BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
STIANO COLUSSI 02/10/1983	( ) -	CRISTIANO COLUSSI

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	MICHELINE ALBERTI DE LIMA	12497	RS	

025 - Faturar Empresa

igo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
05073520668	MICHELINE ALBERTI DE LIMA	12497	RS	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
HELINE ALBERTI DE LIMA	12497	RS	

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
	08100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00		S	06/01/21		
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00		S	06/01/21		
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00		S	06/01/21		
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00		S	06/01/21		
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00		S	06/01/21		

a 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	178,00	0,00	

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

Micheline Alberti
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RS 12.497

Micheline Alberti
Cirurgia Bucomaxilofacial
CRO-RS 12.497

a, 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
06/01/21	06/01/21	06/01/21	/ /