odontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 368505
INTERCÂMBIO

| stro ANS | 3-Data de Emissão da Guia | 4-Data de Autorização | 5-Senha | 6-Número da Guia Principal | 7-Data Validade da Senha |
|---|---|---|---|---|---|
| 414 | 02/09/20 | 11/09/20 | AUTORIZADO | 368505 | 01/12/20 |

do Beneficiário

| ero da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 02025271146000040 2 | PRIME COPAY | ESCRITORIO CONTABIL | / / | |

| me | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| LUIS S HENRIQUE DE BONA 10/02/2003 | ( ) - | PATRICIA BENDO DE BONA |

do Contratado Responsável pelo Tratamento

| ndimento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| | LUCINDO ANGELO PALUDO | 9446 | RS | 025 - |

| digo na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 8026015053 | LUCINDO ANGELO PALUDO | 9446 | RS | |

| me do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| CINDO ANGELO PALUDO | 9446 | RS | |

Enviar - RX
(I) 82001294-18 (I) 82001286-48
(I) 82001294-28
(I) 82001294-38

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 de Glosa | 42-Assinatura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 08200129 4 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 18 | | 1 | 176,00 | 84,48 | | S | 22/09/20 | | |
| | 08200129 4 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 28 | | 1 | 176,00 | 84,48 | | S | 22/09/20 | | |
| | 08200129 4 | REMOÇÃO DE DENTES SEMI | 38 | | 1 | 176,00 | 84,48 | | S | 22/09/20 | | |
| | 08200128 6 | REMOÇÃO DE DENTES | 48 | | 1 | 335,00 | 160,80 | | S | 22/09/20 | | |

| e 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 | 863,00 | 414,24 | |

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 | 51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista | 52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável | 53-Data, local e Carimbo da Empresa |
|---|---|---|---|
| 22/09/20 | 22/09/20 | 22/09/20 Luis H. De Bona | 22/09/20 Dr. Lucindo Ângelo Paludo Cirurgião Dentista - CRO 9446 CPF 380.260.190-53 Fone: (54) 3268 2341 |