odontoLife®
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 381338
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 |
|---|---|---|---|---|---|
| .14 | 22/09/20 | 23/09/20 | AUTORIZADO | 7897763 | 21/12/20 |

**Beneficiário**

| o da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 2025318192000010 1 | POS REDE PRESTADORA | DENTAL UNI COOPERATIVA | / / | |

| | | |
|---|---|---|
| IS CRISTINA DE MACEDO CASSIANO 09/01/1993 | 14-Telefone ( ) - | 15-Nome do titular do plano THAIS CRISTINA DE MACEDO CASSIANO |

**Contratado Responsável pelo Tratamento**

| limento a RN | 17-Nome do Profissional Solicitante | 18-Número no CRO | 19-UF | 20-Código CBO S |
|---|---|---|---|---|
| | VITALITY ODONTOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA | 33091 | MG | 04 |

025 - Faturar Empresa

| o na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 3845053682 | GUILHERME MATOSO DE FARIA | 33091 | MG | |

| e do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| .HERME MATOSO DE FARIA | 33091 | MG | |

**Tratamento / Procedimentos Solicitados**

| la | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 0810030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 23/09/20 | | Thais |

| 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| 23/09/20 | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 34,00 | 0,00 | |

, 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 o. 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 tes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

rvação

| 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 |
|---|---|---|---|
| / / | / / | 23/09/20 Thais C.M Cassiano | 23/09/20 |

Guilherme Matoso de Faria
CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-MG 33091