OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2528590

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	01/11/25	03/11/25	AUTORIZADO	2528590	31/12/25

Dados do Beneficiário

9-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
406414024667000103 01	ESSENCIAL	ASSOCIACAO NACIONAL DOS	02/03/27	708003339719527

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
MARCOS PEREIRA BENEVIDES 28/09/1991	(31) 9859-6800	MARCOS PEREIRA BENEVIDES

Dados do Cirurgião Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a PN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	KELEN REOLON DE SOUZA	39837	MG	

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
13951921000162	CLINICA ODONTOLOGICA BENESSERE EIRELI	39837	MG	2939517

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
KELEN REOLON DE SOUZA	39837	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/Coparticipação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa / Assinatura
1 - 94	85300047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL			1	144,00	0,00		S	03/11/25	
2 -											
3 -											
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 / Coparticipação R$
03/11/25	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	144,00	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
03/11/25	03/11/25	03/11/25	03/11/25

Dr. Kelen Reolon de Souza
Cirurgiã Dentista
CRO: 39837

Digitalizado com CamScanner