OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 307660

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	22/04/20	22/04/20	AUTORIZADO	7521140	21/07/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205115829000054 01	POS REDE PRESTADORA	SUPREMO CIMENTOS SA ITAJAI	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANTONIO CARLOS CORDEIRO 17/07/1974	( ) -	ANTONIO CARLOS CORDEIRO

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	

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	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100218 (I) 85100200
(I) 85100218
(I) 85100218

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	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	11	M	1	61	00	0,00	S	28/04/20		
2	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	12	P	1	61	00	0,00	S	28/04/20		
3	00	85101002118	RESTAURAÇÃO RESINA	14	DO	1	122	00	0,00	S	20/05/20		
4	00	85101002118	RESTAURAÇÃO RESINA	[illegible]	MOD	1	122	00	0,00	S	20/05/20		
5	00	85101002118	RESTAURAÇÃO RESINA	[illegible]	DOM	1	122	00	0,00	S	25/04/20		
6	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	44	O	1	61	00	0,00	S	20/05/20		
7	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	21	M	1	61	00	0,00	S	04/06/20		
8	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	22	P	1	61	00	0,00	S	07/05/20		
9	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	25	M	1	61	00	0,00	S	07/05/20		
10	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	27	O	1	61	00	0,00	S	29/05/20		
11	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	28	O	1	61	00	0,00	S	29/05/20		
12	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	34	D	1	61	00	0,00	S	04/06/20		
13	00	85102002000	RESTAURAÇÃO RESINA	35	OD	1	88	00	0,00	S	25/04/20		
14	00	85101001966	RESTAURAÇÃO RESINA	36	O	1	61	00	0,00	S	04/06/20		
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 / Co-participação R$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1064,00	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
25/04/20 Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14.941	25/04/20 Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14.941	25/04/20 x Antonio C	25/04/20 Dr. Anderson C. Felício Clínico Geral CRO-SC 14.941