odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 364644
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	26/08/20	26/08/20	AUTORIZADO	7824176	24/11/20

do Beneficiário

ero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 2 5 2 7 0 5 8 0 0 0 0 1 6 8 0 2	POS REDE PRESTADORA	TROMBINI EMBALAGENS SA	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
ANA CATIA TONELOTTO 26/05/1993	( ) -	DOUGLAS RAFAEL BERNARDINI

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	

ligo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
8 0 2 6 0 1 5 0 5 3	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

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

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 82001294-18 (I) 82001294-48
(I) 82001294-28
(I) 82001286-38

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 da Glosa	42-Assinatura
	0 8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	18		1	1 8 6,00	0,00		S	23/09/20		
	0 8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	28		1	1 8 6,00	0,00		S	23/09/20		
	0 8 2 0 0 1 2 8 6	REMOÇÃO DE DENTES	38		1	3 6 1,00	0,00		S	23/09/20		
	0 8 2 0 0 1 2 9 4	REMOÇÃO DE DENTES SEMI	48		1	1 8 6,00	0,00		S	23/09/20		

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	919,00	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

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
23/09/20	23/09/20	23/09/20	23/09/20

Dr. Lucindo Ângelo Paludo
Cirurgião Dentista - CRO 9446
CPF 380.250.150-53
Fone: (54) 3288-2341