odontoLife
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 326211
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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 414 | 18/06/20 | 18/06/20 | AUTORIZADO | 7642791 | 16/09/20 |

do Beneficiário

| ro da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | *2-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 0202527058000001501 | POS REDE PRESTADORA | TROMBINI EMBALAGENS SA | / / | |

| me | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| DANIEL DIETTRICH 09/10/1971 | ( ) - | DANIEL DIETTRICH |

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 | |

| igo 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 | |

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000375-RMO (I) 81000375-RME
(I) 81000375-RPD (I) 81000421-RIS
(I) 81000375-RPE (I) 81000421-RII

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 081000030 | CONSULTA ODONTOLÓGICA | | | 1 | 34,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |
| | 081000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RMD | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |
| | 081000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPD | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |
| | 081000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RPE | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |
| | 081000375 | RX INTERPROXIMAL - BITE- | RME | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |
| | 081000421 | RX PERIAPICAL | RIS | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |
| | 081000421 | RX PERIAPICAL | RII | | 1 | 14,00 | 0,00 | | S | 22/06/20 | | |

| 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 | 118,00 | 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

| , 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 |
|---|---|---|---|
| 22/06/20 | 22/06/20 | 22/06/20 | 22/06/20 |

Dr. Lucindo Angelo Paludo
Cirurgião Dentista - CRO 9446
CPF 380.260.150-53
Fone: (54) 3268 2341