odontolife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 462443
INTERCÂMBIO

tro ANS: 414	3-Data de Emissão da Guia: 26/01/21	4-Data de Autorização: 26/01/21	5-Senha: AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal: 8235584	7-Data Validade da Senha: 26/04/21

do Beneficiário

ero da Carteira: 02025271129000129	9-Plano: POS REDE PRESTADORA	10-Empresa: BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	11-Data Validade da Carteira: / /	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
me: ANCISCO ELLANILSON MORAIS BARBOSA — 22/05/1995		14-Telefone: ( ) -	15-Nome do titular do plano: FRANCISCO ELLANILSON MORAIS BARBOSA	

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante: MICHELINE ALBERTI DE LIMA	18-Número no CRO: 12497	19-UF: RS	20-Código CBO S
igo na Operadora / CNPJ / CPF: 05073520688	22-Nome do Contratado Executante: MICHELINE ALBERTI DE LIMA	23-Número no CRO: 12497	24-UF: RS	25-Código CNES
me do Profissional Executante: HELINE ALBERTI DE LIMA		27-Número no CRO: 12497	28-UF: RS	29-Código CBO S

025 - Faturar Empresa

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
	08100065	CONSULTA ODONTOLOGICA			1	34,00	0,00	0,00	S	26/01/21		Francisco
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36,00	0,00	0,00	S	26/01/21		Francisco
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/01/21		Francisco
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36,00	0,00	0,00	S	26/01/21		Francisco
	08530047	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36,00	0,00	0,00	S	26/01/21		Francisco

a Previsão Término do Tratamento: / /	44-Tipo de Atendimento: 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	45-Tipo de Faturamento: 1-Total 2-Parcial	46-Total Quantidade US: 178,00	47-Valor Total R$: 0,00	48-Total Franquia / Co-participação R$:

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
lo. 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 val
ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

a, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante: 26/01/21 Micheline Alberti Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-RS 12.497	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista: 26/01/21 Micheline Alberti Cirurgia Bucomaxilofacial CRO-RS 12.497	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável: 26/01/21 Francisco Ellanilson M.B	53-Data, local e Carimbo da Empresa: 27/01/21