Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

649130
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	05/08/21	05/08/21	AUTORIZADO	8904927	03/11/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saude
00205211856000606001	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VINICIUS TELLES GONCALVES SOARES 19/08/1989	(31) 2571-3726	VINICIUS TELLES GONCALVES SOARES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	CLINICERTA	23855	MG	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Codigo CNES
03221851650	ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO	23855	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Codigo CBO S
ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO	23855	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/Co-participação R$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Glosa	42-Assinatura
1	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	26	O	1	61,00	0,00		S	05/08/21		X Vinicius Telles
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 / Co-participação R$
05/08/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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 / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
05/08/21 Ana Paula de V. Ministerio	/ / Ana Paula de V. Ministerio CRO-MG: 23.855	05/08/21 X Vinicius Telles	05/08/21 Ana Paula de V. Ministerio CRO-MG: 23.855