OdontoLife
tranquilidade para você sorrir

# GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 292786

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 | 27/02/20 | 28/02/20 | AUTORIZADO | 7434628 | 27/05/20 |

**Dados do Beneficiário**

| 8-Número da Carteira | 9-Plano | 10-Empresa | 11-Data Validade da Carteira | 12-Número do Cartão Nacional de Saúde |
|---|---|---|---|---|
| 00252220630001370 4 | POS REDE PRESTADORA | FARMA REDE TRANSPORTES LTDA | / / | |

| 13-Nome | 14-Telefone | 15-Nome do titular do plano |
|---|---|---|
| DAVI ROGUINEY CARLI MACHADO 01/02/2005 | ( ) - | ROBSON ROGUINEY MACHADO |

**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 | KATIUCHA MANNA BELLASALMA | 14428 | PR | |

025 - Faturar Empresa

| 21-Código na Operadora / CNPJ / CPF | 22-Nome do Contratado Executante | 23-Número no CRO | 24-UF | 25-Código CNES |
|---|---|---|---|---|
| 02790461970 | KATIUCHA MANNA BELLASALMA | 14428 | PR | |

| 26-Nome do Profissional Executante | 27-Número no CRO | 28-UF | 29-Código CBO S |
|---|---|---|---|
| KATIUCHA MANNA BELLASALMA | 14428 | PR | |

**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 | 17 | O | 1 | 6100 | 0,00 | | S | 30/04/20 | | |
| 2 | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 26 | O | 1 | 6100 | 0,00 | | S | 30/04/20 | | |
| 3 | 00 | 85100196 | RESTAURAÇÃO RESINA | 27 | O | 1 | 6100 | 0,00 | | S | 30/04/20 | | |
| 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$ |
|---|---|---|---|---|---|
| / / | 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência | 1-Total 2-Parcial | 1830 | 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
. imagens analisadas

| 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 |
|---|---|---|---|
| / / | 30/04/20 [redacted] | 30/04/20 | / / |

CIRURGIÃO DENTISTA
CRO-PR 14.428