Conferido

OdontoLife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

460392
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data da Emissão da Guia	4-Data da Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/01/21	25/01/21	AUTORIZADO	8225851	22/04/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025171761200019101	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
POLLYANNE GRAZIELA MOREIRA 08/11/1989	( )	POLLYANNE GRAZIELA MOREIRA

Dados do Contratado Executante do Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	MARCELLA ALVES ROCHA	43491	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0928466248	MARCELLA ALVES ROCHA	43491	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
MARCELLA ALVES ROCHA	43491	MG	

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Tabela	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade UR	37-Valor	38-Franquia/Co-participação R$	39-Aut	40-Data da Realização	41-Motivo de Glosa	42-Assinatura
1-	00810000 30	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	340	0,00		S	26/01/2021		
2-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASD		1	36	0,00		S	26/01/2021		
3-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HASE		1	36	0,00		S	26/01/2021		
4-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAID		1	36	0,00		S	26/01/2021		
5-	00853000 47	RASPAGEM SUPRA-GENGIVAL	HAIE		1	36	0,00		S	26/01/2021		
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 UR	47-Valor Total R$	48-Total Franquia / Co-participação R$
26/01/2021	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	1760	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 este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

49-Observação

Dr.ª Marcella Alves Rocha
Cirurgiã-Dentista
CRO-MG 43491

50-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Executante	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
26/01/2021 CRO-MG 43491	26/01/2021	26/01/21	26/01/21