Odontolife

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

353286
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	07/08/20	20/08/20	AUTORIZADO	7771141	05/11/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 0 2 0 2 5 0 6 0 6 5 5 0 0 1 7 3 6 0 2	POS REDE PRESTADORA	CNH INDUSTRIAL BRASIL LTDA	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do Titular do plano
LYGIA PIRES DE ANDRADE BRAGA 19/06/1983	( ) 0 0 0 - 0 0 0 0	FERNANDO NAZARETH FERREIRA DE MELO

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	FLAVIA ARAO MILIONS	38141	MG	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
0 6 4 7 7 0 0 4 6 8 2	FLAVIA ARAO MILIONS	38141	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
FLAVIA ARAO MILIONS	38141	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 de Glosa	42-Assinatura
1		0 0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4 0 0	0 0 0		S	20/08/20		
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$
20/08/20	1 1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1 1-Total 2-Parcial	3 4 0 0	0 0 0	

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 assine 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 / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
20/08/20	20/08/20	20/08/20	20/08/20

Flávia Arão Milions
Cirurgiã Dentista
CRO-MG 38.141