OdontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 1042122
INTERCÂMBIO

Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
6414	30/06/22	30/06/22	AUTORIZADO	10077295	28/09/22

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202548510300000101	POS REDE PRESTADORA	DENTAL UNI COOPERATIVA	/ /	

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VERTON ALEX RIBEIRO 11/04/1981	( ) -	EVERTON ALEX RIBEIRO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LUANA WESTPHAL	18040	SC	

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
09924359000190	VITALLE ODONTOLOGIA E ESTETICA LTDA	18040	SC	9999999

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUANA WESTPHAL	18040	SC	

025 - Faturar Empresa
Enviar - RX
(IF) 85200166-12
(I) 81000421-RIS

Dados de Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
00	85200166	TRATAMENTO ENDODÔNTICO	12		1	258,00	0,00		S	30/06/22		K Everton
00	81000421	RX PERIAPICAL	RIS		1	14,00	0,00		S	30/06/22		K Everton

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	272,00	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 pertinentes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

Observação

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
30/06/22 CRO/SC 18040	30/06/22 CRO/SC 18040	30/06/22 K Everton A Ribeiro	30/06/22 Vitalle Odontologia CNPJ:39.924.359/0001-90