



GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº



371887
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS 406414	3-Data de Emissão da Guia 10/09/2019	4-Data de Autorização 15/10/2019	5-Sentença AUTORIZADO	6-Número da Guia Principal 7855127	7-Data Validade da Sentença 10/08/2021
--------------------------	---	-------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	---

8-Número da Carteira 00020251506030001901	9-Plano POS REDE PRESTADORA	10-Empresa SELBETTI GESTAO DE	11-Data Validade da Carteira 11/11/11	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
--	--------------------------------	----------------------------------	--	---------------------------------------

13-Nome MARIO VINICIUS FERREIRA COSTA	13/10/1989	14-Telefone () -	15-Nome do titular do plano MARIO VINICIUS FERREIRA COSTA
--	------------	----------------------	--

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN N	17-Nome do Profissional Solicitante CLINICA ODONTOLÓGICA ORTHOLIFE LTDA	18-Número no CRO 38839	19-UF MG	20-Código CBO S 06	025 - Faturar Empresa
--------------------------	--	---------------------------	-------------	-----------------------	--------------------------

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF 08626329601	22-Nome do Contratado Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	23-Número no CRO 38839	24-UF MG	25-Código CMES
--	--	---------------------------	-------------	----------------

26-Nome do Profissional Executante ANA PATRICIA SANTOS FAGUNDES	27-Número no CRO 38839	28-UF MG	29-Código CBO S
--	---------------------------	-------------	-----------------

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-1-Tabella	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Ord	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franchise/Co-participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Motivo da Causa	42-Assinatura
1-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	36	V	1	61,00	0,00	12,21	09/20			<i>[assinatura]</i>
2-00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	46	V	1	61,00	0,00	12,21	09/20			<i>[assinatura]</i>
3-00												
4-00												
5-00												
6-00												
7-00												
8-00												
9-00												
10-00												
11-00												
12-00												
13-00												
14-00												
15-00												
43-Data Prevista Término do Tratamento												
44-Tipo de Atendimento												
1-1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência												
45-Tipo de Faturamento												
1-1-Total 2-Parcial												
46-Tipo de Atendimento												
1-1-Total 2-Parcial												
47-Valor Total R\$												
10,00												
48-Tipo de Faturamento												
1-1-Total 2-Parcial												

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 de Cirurgião-Dentista Solicitante 18/12/10 09/11/20 Ana Patrícia	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 18/12/10 09/11/20 Ana Patrícia	52-Data, local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 12/10/19 19/12/19 Mario Vinicius	53-Data, local e Carimbo da Empresa 18/12/10 09/11/20 Cirurgião-Dentista Ana Patrícia 38839
---	---	---	---

S. F. Marques

S. F. Marques