OdontoLife
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

630276
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Numero da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	22/07/21	22/07/21	AUTORIZADO	8846369	20/10/21

Dados do Beneficiário

8-Numero da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saude
00202511761200017502	POS REDE PRESTADORA	MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
GERALDO PERES DA SILVA 29/09/1954	( ) -	MARA DENISE DE FREITAS PERES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Numero no CRO	19-UF	20-Codigo CBO S
N	CLINICERTA	23855	MG	06

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Numero no CRO	24-UF	25-Código CNES
03221851650	ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO	23855	MG	

26-Nome do Profissional Executante	27-Numero no CRO	28-UF	29-Código CBO S
ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO	23855	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 da Glosa	42-Assinatura
1 -	00	85100196	RESTAURAÇÃO RESINA	34	M	1	61	00	00	S	22/07/21		X
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$
22/07/21	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	6100	000	

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 do Cirurgião-Dentista Solicitante	51-Data, local e Assinatura do Cirurgião-Dentista	52-Data, local e Assinatura do Beneficiario / Responsavel	53-Data, local e Carimbo da Empresa
22/07/21	22/07/21 Ana Paula de V. Ministerio CRO-MG: 23855	/ / X	/ / Ana Paula de V. Ministerio CRO-MG. 23855