odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 312233
INTERCÂMBIO

tro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
414	11/05/20	23/05/20	AUTORIZADO	7555360	09/08/20

do Beneficiário

ro da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0 2 0 2 5 2 4 5 2 0 0 0 0 0 7 8 7 0 1	POS REDE PRESTADORA	GERSP GREMIO ESPORTIVO	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
NE SUELLEN DE SOUZA SALES 06/01/1990	( ) -	ALINE SUELLEN DE SOUZA SALES

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA	7277	MT	

025 - Faturar Empresa

igo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
5 1 2 3 7 8 6 1 4 7	BEATRIZ ANDRADE SALES SILVA	7277	MT	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
TRIZ ANDRADE SALES SILVA	7277	MT	

e Tratamento / Procedimentos Solicitados

ela	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
	0 8 1 0 0 0 0 3 0	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	3 4,00	0,00		S	23/05/20		

a 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$
23/05/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	34,00	0,00	

o, 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 to. 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 ntes ao tratamento realizado, comprometendo-me a arcar com os custos conforme previsto em contrato.

ervação

, 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
23/05/20	23/05/20	23/05/20	23/05/20 Drª Beatriz A. Sales Cirurgiã Dentista CRO/MT 7277