OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 410997
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	04/11/20	05/11/20	AUTORIZADO	8020247	02/02/21

Dados do Beneficiário

Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202521226801001240 1	POS REDE PRESTADORA	SAO GABRIEL TRANSPORTES	/ /	

Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
VALLESKA DE SOUZA CAMPOS ROSA 04/12/1989	( ) -	VALLESKA DE SOUZA CAMPOS ROSA

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	

025 - Faturar Empresa

Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
74154419668	CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	

Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CARLOS EDUARDO FERREIRA MALUF	1750	MS	

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	81000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	34,00	0,00		S	12/11/20		Valleska
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Valleska
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Valleska
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Valleska
00	84000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	35,00	0,00		S	12/11/20		Valleska

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$
12/11/20	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	174,00	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 correntes 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
04/11/20	04/11/20	04/11/20 Valleska S. Campos Rosa	

Dr. Carlos Eduardo F. Maluf
CRO 1750 - 741.544.196-68
CNES 6117953