OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 387765
INTERCÂMBIO

1-Registro ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
406414	01/10/20	13/10/20	AUTORIZADO	7925333	30/12/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
002025077110503603	POS REDE PRESTADORA	ASSOCIACAO DOS SERVIDORES	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
JOSE ROBERTO SAMORANO PIRES MENDES 01/08/2013	( ) 000-0000	NIRLENE SAMORANO PIRES

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

16-Atendimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
N	CENTRO X - DIAGNOSTICOS POR IMAGEM EM ODONTOLOGIA LTDA	16198	PR	09

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
02948227984	RAFAEL ALBERTO GIARETTA FANGUEIRO	16198	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
RAFAEL ALBERTO GIARETTA FANGUEIRO	16198	PR	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 81000421-
(I) 81000421-RPID
(I) 81000421-RPSE

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	81004211	RX PERIAPICAL	RPSD		1	14,00	0,00	0,00	S	13/10/20		X
2	00	81004211	RX PERIAPICAL	RPID		1	14,00	0,00	0,00	S	13/10/20		X
3	00	81004211	RX PERIAPICAL	RPSE		1	14,00	0,00	0,00	S	13/10/20		X
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	42,00	0,00	,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 er 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 valore 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 Beneficiário / Responsável	53-Data, local e Carimbo da Empresa
/ /	/ /	13/10/20 X	13/10/20

Dr. Rafael G. Fangueiro
Cirurgião Dentista
CRO-PR 16198