OdontoLife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº

534075
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	26/04/21	27/04/21	CONCLUÍDO	8521902	25/07/21

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
00205316228000001 01	POS REDE PRESTADORA	IDEAL ACCOUNTING SERVICE	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
LIEGE CRISTINA CARDOSO COUTINHO 06/09/1988	( ) -	LIEGE CRISTINA CARDOSO COUTINHO

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	LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	30530	PR	

025 - Faturar Empresa

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
08351078921	LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	30530	PR	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUANA CARDOSO DOS SANTOS GAIARI	30530	PR	

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	15	O	1	61,00	0,00		S	01/05/21		Liege
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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	61,00	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 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
27/09/21	27/09/21 Dra. Luana C. S. Gaiari Cirurgiã Dentista CRO/PR 30.530	27/09/21	27/09/21

Rossi e Kleist
Odontologia Especializada
CNPJ: 34.293.007/0001-60
FONE: (44) 3056-1019
AV. RIO DE JANEIRO, 4318 - ZONA 2
CEP 87.501-360 - UMUARAMA - PR