odontoLife®
Tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 331467
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	29/06/20	30/06/20	AUTORIZADO	7670441	27/09/20

do Beneficiário

ro da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
0202527058000001501	POS REDE PRESTADORA	TROMBINI EMBALAGENS SA	/ /	

me	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
DANIEL DIETTRICH 09/10/1971	( ) -	DANIEL DIETTRICH

do Contratado Responsável pelo Tratamento

ndimento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

digo na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
80260150153	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

me do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
CINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

025 -
Faturar Empresa
Enviar - RX
(I) 85100226
(I) 85100226

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 de Glosa	42-Assinatura
	0851001996	RESTAURAÇÃO RESINA	24	O	1	61,00	0,00		S	03/07/20		
	0851002266	RESTAURAÇÃO RESINA	26	ODMV	1	122,00	0,00		S	03/07/20		
	0851002266	RESTAURAÇÃO RESINA	45	MODL	1	122,00	0,00		S	03/07/20		

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$
/ /	1-Tratamento Odontológico 2-Exame Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/Emergência	1-Total 2-Parcial	305,00	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(a) 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

Dr. Lucindo Ângelo Paludo
Cirurgião Dentista - CRO 9446
CPF 380.260.150-53
Fone: (54) 3268 2341

a, 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
03/07/20	03/07/20	03/07/20	03/07/20