odontolife®
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 344905
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
414	23/07/20	27/07/20	AUTORIZADO	344905	21/10/20

Dados do Beneficiário

8-Número da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
02025271124001715 01	PRIME COPAY	BIGFER INDUSTRIA E COMERCIO	/ /	

13-Nome	14-Telefone	15-Nome do titular do plano
CLODOVEO FELTRIN NETO 14/10/1984	( ) -	CLODOVEO FELTRIN NETO

Dados do Contratado Responsável pelo Tratamento

Nascimento e RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	025 -

21-Código na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
8026015053	LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

26-Nome do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
LUCINDO ANGELO PALUDO	9446	RS	

Dados do Tratamento / Procedimentos Solicitados

Dente	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
	0810000030	CONSULTA ODONTOLÓGICA			1	31,00	148,88		S	30/07/20		
	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASD		1	20,00	96,00		S	30/07/20		
	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAID		1	20,00	96,00		S	30/07/20		
	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HASE		1	20,00	96,00		S	30/07/20		
	0840000198	PROFILAXIA: POLIMENTO	HAIE		1	20,00	96,00		S	30/07/20		

43-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	111,00	538,28	

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

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
30/07/20	30/07/20	30/07/20	30/07/20

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