B N

dontoLife
tranquilidade para você sorrir

GUIA DE TRATAMENTO ODONTOLÓGICO

2-Nº 698448
INTERCÂMBIO

ANS	3-Data de Emissão da Guia	4-Data de Autorização	5-Senha	6-Número da Guia Principal	7-Data Validade da Senha
14	10/09/21	11/09/21	AUTORIZADO	9040483	09/12/21

Beneficiário

da Carteira	9-Plano	10-Empresa	11-Data Validade da Carteira	12-Número do Cartão Nacional de Saúde
2025370705000000102	POS REDE PRESTADORA	CAMILA RADEFELD MEIRELLES	/ /	

AN GABRIEL HERNANDEZ 06/03/1987

14-Telefone	15-Nome do titular do plano
( ) -	CAMILA RADEFELD MEIRELLES

Contratado Responsável pelo Tratamento

mento a RN	17-Nome do Profissional Solicitante	18-Número no CRO	19-UF	20-Código CBO S
	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

025 - Faturar Empresa Enviar - RX (IF) 82000212-36

na Operadora / CNPJ / CPF	22-Nome do Contratado Executante	23-Número no CRO	24-UF	25-Código CNES
3329005615	MARINA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

do Profissional Executante	27-Número no CRO	28-UF	29-Código CBO S
NA MOREIRA SALVADOR	40774	RJ	

Tratamento / Procedimentos Solicitados

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
0820002122	AUMENTO DE COROA CLÍNICA	36		1	181,00	0,00		S	15/09/21		

revisão 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	181,00	0,00	

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

vação

ocal 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
15/09/21	15/09/21	15/09/21 Damian Gabriel Hernandez	15/09/21

Digitalizada com CamScanner